

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

<p>CENTRO DE CONCILIACIÓN CIVIL Y COMERCIAL</p> <p>CÓDIGO No. 3248</p> <p>PROCURADURIA DELEGADA PARA ASUNTOS CIVILES</p>		<p>G. HERRERA & ASOCIADOS</p> <p>20 AGO 2025</p> <p>RECIBIDO</p> <p>NO IMPLICA ACEPTACION</p>
Solicitud de Conciliación No.	788 E-2025-349253	
Convocante (s)	MARIA MARGARITA MUÑOZ SALDARRIAGA	
Convocado (a) (s)	JONNATHA JOSE ROA BLANCO COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES SAN ANTONIO – COOTRASANA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.	
Fecha de Solicitud	14 de julio de 2025	
Asunto	Pago de perjuicios derivado de accidente ocurrido el 13 de septiembre de 2023	

En Medellín, el **13 de agosto de 2025**, se da inicio a la diligencia programada para el día de hoy, a las **10:30:00 a. m.**, con la presencia de **MARIANO BUSTAMANTE GARCÍA**, en calidad de Conciliador adscrito al Centro de Conciliación Civil y Comercial de la **Procuraduría General de la Nación**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1'144.033.977 de Cali, asignado como Conciliador en las presentes diligencias de conciliación extrajudicial en derecho, llevada a cabo de forma remota.

ANTECEDENTES

1.- El día **14 de julio de 2025**, el doctor **DIEGO ROLANDO GARCÍA SÁNCHEZ**, identificado con cédula de ciudadanía número 8.355.407 y TP 160.180 del CS de la J., en calidad de apoderado de **MARIA MARGARITA MUÑOZ SALDARRIAGA**, identificada con cédula de ciudadanía número 32.531.633, promovió trámite de audiencia de Conciliación Extrajudicial en Derecho ante el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación.

Parte convocada: **JONNATHA JOSE ROA BLANCO**, identificado con permiso por protección temporal 1851680.
COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES SAN ANTONIO – COOTRASANA, identificada con NIT 890.906.033-1.
EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC., identificada con NIT 860.028.415-5.

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento

Página 1 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO

Ministerio de Justicia y del Derecho

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

2.- Admitida la solicitud se fijó como fecha y hora para la celebración de la audiencia el día **13 de agosto de 2025** a las **10:30:00 a. m.**, en la que se utilizaría la herramienta Microsoft Teams. Se libraron y enviaron las respectivas comunicaciones de citación a las direcciones físicas y/o electrónicas aportadas por el (los) convocante(s), manifestando de manera expresa que la audiencia se llevaría a cabo por medios virtuales.

HECHOS

Manifiesta la parte convocante que el 13 de septiembre de 2023, en la calle 41 con carrera 54 de Medellín, se presentó accidente de tránsito en el que fue víctima la señora MARIA MARGARITA MUÑOZ SALDARRIAGA, quien se encontraba en calidad de pasajera del vehículo de placas WMP-062, asegurado por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., conducido por JONNATHA JOSE ROA BLANCO y afiliado a la empresa COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES SAN ANTONIO - COOTRASANA.

Que el siniestro ocurrió cuando el conductor inició la marcha del vehículo sin verificar que la pasajera hubiese descendido completamente, lo cual provocó su caída y generó lesiones diagnosticadas como traumatismos intracraneales y esguinces cervicales. La convocante fue atendida en el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN y se le valoró una pérdida de capacidad laboral del 15%.

Que, al momento del accidente, la convocante tenía 65 años de edad y ejercía actividades laborales informales como cuidadora y oficios varios, por lo que sus ingresos se estiman conforme al salario mínimo legal mensual vigente y el factor prestacional.

Que la víctima ha incurrido en gastos médicos y de transporte, incluyendo la valoración de pérdida de capacidad laboral, sumando un total estimado de \$1.883.500. Así mismo, ha sufrido perjuicio moral y daño a la vida de relación, debido a las secuelas físicas, el dolor persistente y las limitaciones funcionales posteriores al hecho.

Que el 26 de junio de 2025 se radicó reclamación directa ante la aseguradora LA EQUIDAD y la empresa transportadora COOTRASANA, sin que a la fecha se haya recibido respuesta.

PRETENSIONES

La solicitud se presentó a efectos de que las partes lleguen a un acuerdo conciliatorio en relación con las siguientes pretensiones:

El pago de perjuicios que se discriminan en la solicitud así:

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento

Página 2 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO

Ministerio de Justicia y del Derecho

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

TOTAL PERJUICIOS PATRIMONIALES:.....\$ 46'645.904
TOTAL DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES.....40 S.M.L.M.V.

ASISTENCIA

Por la parte **Convocante**: asistió **MARIA MARGARITA MUÑOZ SALDARRIAGA**, identificada con cédula de ciudadanía número 32.531.633, junto con su apoderado, el doctor, **ANDRÉS FELIPE RESTREPO CORTÁZAR** identificado con cédula de ciudadanía número 71383880 y TP 384168 del CS de la J., dirección calle 49 Nro. 50 – 21, Ed. del café, piso 25, oficina 2505 y 2506, Medellín, celular 301 370 15 34, y correo electrónico litigios@garciayasociados.co, conforme poder sustituido allegado al centro de conciliación.

Por la parte **Convocada**: asistió la doctora **CAROLINA PINEDA LONDOÑO** identificada con la cédula de ciudadanía número 43.920.373 y TP 170.966 del CS de la J., correo electrónico carolinapinedaabogada@gmail.com en calidad de apoderada de **COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES SAN ANTONIO – COOTRASANA**, identificada con NIT 890.906.033-1, dirección calle 42 sur 74 04, Medellín, correo electrónico cootrasana@cootrasana.com.co y notificacionesjudiciales@cootrasana.com.co. Se deja constancia que si bien no asiste representante legal de la convocada, la audiencia se adelanta con la sola comparecencia de la apoderada, en atención a lo dispuesto por el artículo 58 de la ley 2220 de 2022.

Asistió la doctora **MAYRA ALEJANDRA DIAZ MILLAN**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.107.101.579 y TP. No. 416.939 del CS de la J., correo electrónico mdiaz@gha.com.co y notificaciones@gha.com.co, en calidad de apoderada de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** identificada con NIT: 860.028.415-5, dirección Cr 9 A # 99 - 07 Torre 3 Piso 14 de la ciudad de Bogotá D.C., y correo electrónico notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop, según poder sustituido allegado al centro de conciliación.

Se encontraba convocado **JONNATHA JOSE ROA BLANCO**, identificado con permiso por protección temporal 1851680, el cual fue citado por la parte convocante a la dirección física aportada en la solicitud de audiencia de conciliación, a través de SERVIENTREGA (guía 9184366482) la cual acreditó que al citado no lo conocen en dicha dirección.

Se deja constancia que, las partes además de aceptar que se adelante esta audiencia por medios virtuales, han manifestado expresamente que le otorgan al acuerdo los efectos que prevé la ley y permiten la grabación del mismo en audio y/o video con el fin de que constituya

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento

Página 3 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO

Ministerio de Justicia y del Derecho

	<p style="text-align: center;">FORMATO: ACTA DE ACUERDO</p> <p style="text-align: center;">PROCESO: CONCILIACIÓN</p>	Versión	1
		Fecha	29/05/2024
		Código	CN-F-29

mensaje de datos, conforme con el literal a del artículo 2° y los artículos 5° y 10° de la Ley 527 de 1999.

TRÁMITE

El Conciliador ilustró a las partes sobre la naturaleza, efectos y alcances de la conciliación, les puso 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 Conciliador y cada una de las ofertas que cruzaron las partes, éstas como expresión de su libre autonomía negocial llegaron al siguiente acuerdo como solución definitiva de sus diferencias, así:

1. Las partes concilian por una única suma total y definitiva de CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$45'000.000.00), la cual **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C** identificada con NIT 860028415-5 pagará a **MARIA MARGARITA MUÑOZ SALDARRIAGA**, identificada con cédula de ciudadanía número 32.531.633 en un plazo máximo de veinte (20) días hábiles contados a partir del recibo de manera electrónica y física de los siguientes documentos requeridos por la compañía para realizar el pago: a) Certificación bancaria de quienes recibirán el pago cuya fecha de expedición sea inferior a treinta días, b) Copia de cédula de ciudadanía ampliada al 150% de los convocantes y su apoderada, c) formato de conocimiento del cliente diligenciado por quienes recibirán el pago, d) formato de autorización pago indemnización y e) Copia del Acta de Acuerdo Conciliatorio. Los anteriores documentos deberán radicarse en los correos electrónicos: notificaciones@gha.com.co y mdiaz@gha.com.co y de manera física en la dirección: Avenida 6 a Bis # 35n-100 oficina 212, centro empresarial Chipchape, Cali (Valle del Cauca).
2. **MARIA MARGARITA MUÑOZ SALDARRIAGA**, identificada con cédula de ciudadanía número 32.531.633 manifiesta expresamente que autoriza que el pago referido en el numeral anterior se realice de manera fraccionada así:
 - a. Un pago por valor de TREINTA Y UN MILLONES CUARENTA MIL PESOS M/CTE (\$31'040.000) el cual deberá realizarse mediante consignación o transferencia bancaria a la cuenta de ahorros 154206296 del Banco de

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento

Página 4 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO

Ministerio de Justicia y del Derecho

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

Bogotá a nombre de **MARIA MARGARITA MUÑOZ SALDARRIAGA**, identificada con cédula de ciudadanía número 32.531.633.

- b. Un pago por valor de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE (\$13'960.000) que la parte convocante autoriza se realice mediante consignación o transferencia bancaria a la cuenta de ahorros número 00112398414 a nombre de su apoderado, el doctor, **ANDRÉS FELIPE RESTREPO CORTÁZAR** identificado con cédula de ciudadanía número 71383880, quien cuenta con facultades para recibir.
3. La parte convocante manifiesta expresamente que, con el presente acuerdo se declaran resarcidos integralmente todos los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales pasados, presentes o futuros, surgidos o a surgir de cualquier índole, y se compromete a que por estos mismos hechos no hará reclamación alguna ante cualquier jurisdicción frente a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C identificada con NIT 860028415-5, COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES SAN ANTONIO – COOTRASANA, identificada con NIT 890.906.033-1, propietario y conductor del vehículo de placas **WMP-062**, JONNATHA JOSE ROA BLANCO, identificado con permiso por protección temporal 1851680 y/o frente a cualquier tercero que eventualmente tuviere comprometida su responsabilidad frente a estos hechos, desistiendo de toda acción pasada o futura, de carácter civil, penal, administrativa o de cualquier otro tipo en contra de las personas anteriormente señaladas, toda vez que con este acuerdo se entienden satisfechas sus pretensiones.
 4. Una vez cumplida la obligación acá pactada las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto relacionado con los hechos y pretensiones

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 Conciliador(a) 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 totalidad, publicada en pantalla y aprobada en su integridad 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, es expresión de su libre y espontánea voluntad y así lo hacen constar con su asentimiento expresado en la audiencia.

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento
Página 5 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO

Ministerio de Justicia y del Derecho

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

Se cumplió con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 2220 de 2022. Se suscribe en la ciudad de Medellín, siendo las 11:45 am del 13 de agosto de 2025.



MARIANO BUSTAMANTE GARCÍA
C.C 1'144.033.977 de Cali
Conciliador

Verifique que ésta es la versión correcta antes de utilizar el documento
Página 6 de 6

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. conciliacioncivil.medellin@procuraduria.gov.co

VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

 TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: BENEFICIARIO: INTERMEDIAR: OT: CUAL: _____

 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	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	FECHA EXPEDICION
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

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	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	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: Medellin a los 15 del mes de Agosto de 2024

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural



**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

Fecha Diligenciamiento: 13/8/2025 Ciudad: Medellin Sucursal: _____

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

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

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

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Muñoz SEGUNDO APELLIDO: Saldarraga NOMBRES: Maria Margarita

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. NÚMERO: 32.531.633 FECHA DE EXPEDICIÓN: 06/09/1976 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Medellin

FECHA DE NACIMIENTO: 11/10/1957 LUGAR DE NACIMIENTO: Heliconia NACIONALIDAD 1: _____ NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: _____ DIRECCIÓN (Residencia): Vda. la churrera CIUDAD: Heliconia

DEPARTAMENTO: Antioquia TELÉFONO: 3003353750 CELULAR: 3003558936

SECTOR: _____ CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____ ¿Cual?: _____

OCUPACIÓN: Ama de casa CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____

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

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

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 700.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 400.000

ACTIVOS (Pesos) \$ 7.000.000 PASIVO (Pesos) \$ 700.000

PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) \$ 900.000 OTROS INGRESOS (Pesos) _____

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES _____

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

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

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

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

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

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

Origen de Fondos: Ama de Casa

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL _____

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

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

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

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

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

SI NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%

- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

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

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

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

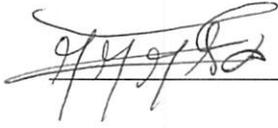
ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DIA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

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

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

6. FIRMA Y HUELLA

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



FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____
 Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de la Entrevista: _____
 Observaciones: _____
 Nombre del Intermediario: _____
 Nombre del Asesor: _____
 Resultados de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO
 Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

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

*Vínculo/Relación

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

		AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	
---	--	---	--

TIPO DE VINCULACIÓN:	PROVEEDOR: <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input checked="" type="checkbox"/>	INTERMEDIA: <input type="checkbox"/>	OT: <input type="checkbox"/>	CUAL: <u>Apoderado</u>
CONCEPTO DE PAGO:	DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/>	CUAL:	

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE:	NIT:	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDA D:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: <u>ANDRÉS FELIPE</u>		PRIMER APELLIDO: <u>RESTREPO</u>	SEGUNDO APELLIDO: <u>CORTÁZAR</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: <u>C.C.</u>	NÚMERO: <u>71.383.880</u>	FECHA EXPEDICION: <u>31/01/00</u>	CIUDA D EXPEDICION: <u>MEDELLÍN</u>
DIRECCION: <u>Calle 49 #50-21 of. 2505</u>		CIUDA D: <u>Medellín</u>	DEPARTAMENTO: <u>Antioquia</u>
TELEFONOS: <u>3007840108</u>	FAX:	CELULAR: <u>3007840108</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>00112398414</u>	CORRIENTE: <input type="checkbox"/>	AHORROS: <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO: <u>007</u>
BANCO: <u>Bancolombia</u>	SUCURSAL: <u>Av. Colombia</u>	CIUDA D: <u>MEDELLÍN</u>	

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION CIUDA D 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 CIUDA D 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: Medellín a los (15) del mes de agosto de 2025.

Firma del Representante Legal y Sello	Firma y Cédula Persona Natural
---------------------------------------	--------------------------------

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fecha Diligenciamiento: 15/8/2025 Ciudad: Medellin Sucursal: _____

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

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

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

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Restrepo SEGUNDO APELLIDO: Cor tazar NOMBRES: Andris Felipe
 TIPO DE DOCUMENTO: c.c. NÚMERO: 71.383.880 FECHA DE EXPEDICIÓN: 3/01/00 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Medellin
 FECHA DE NACIMIENTO: 23 de 01 1982 LUGAR DE NACIMIENTO: MED NACIONALIDAD 1: COL NACIONALIDAD 2: _____
 E-MAIL: andrestc@gmp.com DIRECCIÓN (Residencia): calle 58 #143-21 Ap 2202 CIUDAD: Medellin
 DEPARTAMENTO: Antioquia TELÉFONO: _____ CELULAR: 300 984 0108
 SECTOR: Juridico CIU (cod): 6910 TIPO DE ACTIVIDAD: Servicios ¿Cual?: Juridicos
 OCUPACIÓN: Abogado CARGO: Abogado EMPRESA DONDE TRABAJA: Garcia & Asociados
 CIUDAD: Medellin DIRECCIÓN (Oficina): calle 49 #50-21 of. 2505 DEPARTAMENTO: Antioquia
 TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): 6910

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	<u>3'900.000</u>	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	<u>3'600.000</u>
ACTIVOS (Pesos)	<u>130'000.000</u>	PASIVO (Pesos)	<u>20'000.000</u>
PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos)	<u>60'000.000</u>	OTROS INGRESOS (Pesos)	<u>0</u>

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES _____

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

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

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

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

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

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

Origen de Fondos: _____

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL _____

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

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

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

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

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

SI NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%

- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

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

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

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

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

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

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

6. FIRMA Y HUELLA

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


FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

Nombre del Intermediario: _____

Nombre del Asesor: _____

Resultados de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO

Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____

Firma: _____

Observaciones: _____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

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

*Vinculo/Relación

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

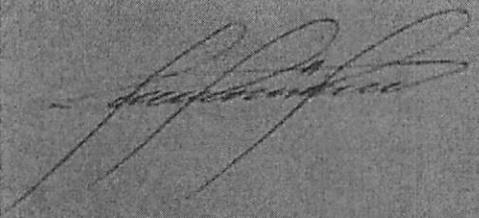
EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

de la persona MUÑOZ SALDARRIAGA, MARIA MARGARITA identificado(a) con CC 32531633
está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 154206296 desde el
de diciembre de 2024, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin
responsabilidad del banco, se expide el 13 de agosto de 2025, a solicitud del interesado, con
destino a quien interese.

ntamente,



Yanira Otálora Guerrero
encia de Soluciones para el Cliente
co de Bogota

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona MUÑOZ SILDARRIAGA, MARIA MARGARITA identificado(a) con CC 32531633 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 154206296 desde el 13 de diciembre de 2024, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 13 de agosto de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogotá



FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1957
HELICONIA
(ANTIOQUÍA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO
06-SEP-1976 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

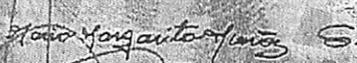
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2700100-00130714-F-0032531633-20081123 0006720011A 1 6870021464

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.531.633 REPUBLICA DE COLOMBIA
MUÑOZ SALDARRIAGA
APELLIDOS
MARIA MARGARITA
NOMBRES


FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA





FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1982

MEDELLIN (ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

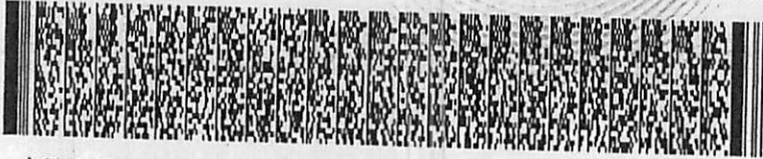
31-ENE-2000 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0112100-00436423-M-0071383880-20130520

0033087599A 1

39881344

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 71.383.880

RESTREPO CORTAZAR

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

FIRMA



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 276 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

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

TEX 10002



Consejo Superior
de la Judicatura



VER 0152

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:
ANDRES FELIPE

APELLIDOS:
RESTREPO CORTAZAR

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
JORGE LUIS TRUJILLO ALFARO

UNIVERSIDAD
CORP. U. AMERICANA - MEDELLIN

FECHA DE GRADO
25/03/2022

CONSEJO SECCIONAL
ANTIOQUIA

CEDULA
71383880

FECHA DE EXPEDICIÓN
07/06/2022

TARJETA N°
384168

Certificación Bancaria

Jueves, 14 de agosto de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANDRES FELIPE RESTREPO CORTAZAR identificado(a) con CC 71383880, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	00112398414	2003-02-03	ACTIVO	****

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

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co