

 <p>Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia</p>	<p>PROCESO: GESTION DOCUMENTAL</p>	<p>CÓDIGO: CSJCF-GD-F04</p>	
	<p>ACUSE DE RECIBIDO: ACUSE DE RECIBIDO PARA LOS DOCUMENTOS ENTRANTES PARA LOS DESPACHOS</p>	<p>VERSIÓN: 2</p>	

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Jueves 24 de Marzo del 2022

HORA: 11:20:30 am

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo suscrito a nombre de; Juan Sebastian Ceballos Hoyos, con el radicado; 202100349, correo electrónico registrado; ceballoshoyossebastian@gmail.com, dirigido al JUZGADO 5 DE FAMILIA.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, (+57) 321 576 5914

Archivo Cargado

202203241005.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20220324112030-RJC-4699

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'

Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas

csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co

8879620 ext. 11600

JUZGADO QUINTO DE FAMILIA DEL CIRCUITO
Manizales, Caldas.

RADICADO: 17001311000_202100__00

DEMANDANTE: STEFANIA GAGLIARDI GIL EN REPRESENTACIÓN DEL MENOR VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI.

DEMANDADO: DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA PROGENITOR DE MENOR.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA PROCESO FIJACIÓN DE CUOTA ALIMENTARIA Y REGULACIÓN DE VISITAS EN FAVOR DE MENOR.

JUAN SEBASTIAN CEBALLOS HOYOS, domiciliado en la ciudad de Manizales, identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.053.870.741** de **Manizales**, abogado en ejercicio, con tarjeta profesional No.378921 del CSJ; Actuando en calidad de apoderado del señor **DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA** mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Manizales, identificado con cédula de ciudadanía No **1.053.818.198**; respetuosamente procedo a contestar la demanda en el proceso de fijación de cuota alimentaria y regulación de visitas en favor de menor, dentro del término legal y oportuno, en los términos que a continuación se indican:

FRENTE A LOS HECHOS

Respecto a los hechos enunciados como fundamento fáctico de la demanda en el proceso de referencia, me permitiré hacer los siguientes pronunciamientos:

HECHO PRIMERO: Es cierto, tal y como consta en el documento allegado con el escrito de la demanda.

HECHO SEGUNDO: Es parcialmente cierto, toda vez que el señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA mensualmente le otorga una cuota alimentaria a la señora STEFANIA GAGLIARDI GIL en favor de su hijo de

aproximadamente doscientos mil pesos (\$200.000). En los últimos tres meses, no ha podido cancelar dicha cuota, inclusive se hace mención de que, en el mes de noviembre del año inmediatamente anterior, el señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA convocó a la señora STEFANIA GAGLIARDI GIL a una audiencia de conciliación para fijar dicha cuota de manera formal y también regular visitas con el menor, a la cual no asistió la parte citada.

HECHO TERCERO: Es parcialmente cierto, en cuanto a lo siguiente, el menor VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI si vive con su madre la señora STEFANIA GAGLIARDI GIL en Manizales, pero el señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA si le ayuda de manera monetaria con las necesidades que posea el menor.

HECHO CUARTO: No nos consta, que se pruebe. En razón del que el señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA y su familia en varias oportunidades han pedido a la señora STEFANIA GAGLIARDI GIL la historia clínica del menor y así mismo las recomendaciones médicas para el cuidado con el menor.

HECHO QUINTO: No es cierto, toda vez que la señora STEFANIA GAGLIARDI GIL es quien impone los horarios de visita y solo permite que se vean por un tiempo corto y limitado, cuando a bien ella quiere y a la hora que ella puede.

HECHO SEXTO: No es cierto, que se pruebe.

HECHO SEPTIMO: No es cierto, tanto el señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA como su familia buscan poder compartir con el menor VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI, pero la señora STEFANIA GAGLIARDI GIL no lo permite porque siempre tiene que ser en la casa de ella, en los días y horas que ella manifieste de forma potestativa.

HECHO OCHO: Es parcialmente cierto, toda vez que el señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA nunca le ha negado una cuota alimentaria al menor y así mismo está con total disposición de que se fije una cuota alimentaria siempre y cuando sea razonable para con sus ingresos. En este

hecho debe considerarse que mi representado, el señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA recibe por concepto de salario, la suma de un (1) SMMLV que para este año dicha suma es de un millón M/CTE (\$1.000.000). Así las cosas, frente a este hecho son varias las aclaraciones que deben realizarse. Partamos de que mi representado es arrendatario de un bien inmueble ubicado en la calle 68 #34 – 40 barrio Fátima, Manizales, Caldas, en el cual cancela un canon de arrendamiento mensual por valor de trescientos ochenta mil pesos M/TCE (\$380.000), por concepto de servicios públicos cancela un monto de doscientos cuarenta y nueve mil pesos M/TCE (\$249.000), por concepto de alimentos propios un promedio mensual de cien mil pesos (\$100.000), además el señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA cuenta con una obligación por concepto del vehículo en el que se transporta y que aún esta pagando por medio de la factura del gas de la madre por valor de ciento noventa y ocho mil, cuarenta y ocho pesos M/TCE (\$198.048). Es así entonces que mi poderdante cuenta con unas obligaciones mensuales aproximadamente de novecientos veintisiete mil pesos (\$927.048).

HECHO NOVENO: Es cierto.

CAPITULO II FRENTE A LAS PRETENSIONES

De conformidad con los hechos expuestos y el respectivo pronunciamiento con base a los mismos, me opongo a las pretensiones de la siguiente manera:

FRENTE A LA TERCERA: Mi prohijado ha velado por proporcionarle a su hijo VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI, una cuota para su alimentación y cuidado por un valor aproximado de doscientos mil pesos (\$200.000) mensuales. Aun así, está dispuesto a que se fije una cuota razonable a sus ingresos económicos.

FRENTE A LA CUARTA: Mi prohijado aun cuando ha sido buen padre y ha respondido por él, lo único que pide es poder tener tiempo de calidad con su hijo y que dicho vínculo no se pierda, por ende, señor juez/a, solicito comedidamente que dichos horarios y visitas sean los más idóneos para que el

señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA pueda compartir más tiempo con su hijo menor.

CAPITULO III.

EXCEPCIONES:

I. AFECTACIÓN AL MÍNIMO VITAL – IMPOSIBILIDAD DE PAGO

Mi poderdante dada su situación económica y en relación al salario que devenga un salario mínimo mensual legal vigente que para la fecha esta en un millón de pesos mensuales \$1.000.000 y a este se le hacen unos descuentos por conceptos de seguridad social, (de la cual su hijo fue beneficiario durante un tiempo y así mismo el menor goza de los beneficios de las cajas de compensación), además se le descuenta del mismo salario un seguro de vida el cual su hijo VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI es beneficiario de este en un 70%.

Es así entonces señor/a juez que las obligaciones totales de mi prohijado, el arrendamiento, los servicios, el alimento y otras obligaciones suman un total de novecientos veintisiete mil pesos (\$927.048) y una cuota alimentaria superior al 30% del salario daría como vulnerado su derecho al mínimo vital siendo este un derecho que se deriva de los principios de Estado Social de derecho, dignidad humana y solidaridad, en concordancia con los derechos fundamentales a la vida(en condiciones dignas) para así garantizar su supervivencia en condiciones humanas y dignas, ya que esta suma no proyecta ni la mitad de un salario mínimo mensual legal vigente, para sufragar los gastos que garanticen la efectiva consolidación de una vida digna para satisfacer sus necesidades mínimas como individuo tal y como lo señala la sentencia T 581 del 2011.

"El concepto de mínimo vital, de acuerdo con la jurisprudencia, debe ser evaluado desde un punto de vista desde de la satisfacción de las necesidades mínimas del individuo, por lo cual es necesario realizar una evaluación de las circunstancias de cada caso concreto, haciendo una valoración que se encamine más hacia lo cualitativo que a lo cuantitativo, verificándose que quien alega su vulneración tenga las posibilidades de disfrutar de la satisfacción de necesidades como la alimentación, el vestuario, la salud, la educación, la

vivienda y la recreación, como mecanismos para hacer realidad su derecho a la dignidad humana."

Razón por la cual se solicita que haya un acuerdo de pago para que la situación gravosa que acaece sobre mi poderdante pueda acreditar el pago de la obligación de manera oportuna sin perjuicio de su subsistencia, para así garantizar la obligación pactada en pro del menor y a su vez las condiciones de vida digna de mi poderdante.

II. Carga de la prueba:

- La parte demandante deberá demostrar gastos efectivos y reales del menor.

III. Imposibilidad de pago superior al 30% de alimentos provisionales fijados por el despacho:

Honorable Juez, en este punto es fácil concluir que mi prohijado, no cuentan con los recursos disponibles para solventar una cuota mayor al 30% de fijación de alimentos, con esta medida se estaría violentando su mínimo vital y el de su madre que depende en cierta medida económicamente de él; hay que tener en cuenta que disponer de una cuota tan elevada para el menor, estaría violentando los derechos fundamentales de estas dos personas, es de rogar entonces a este digno despacho que se sirva considerar de manera coherente y fundamentada en las razones aquí expuestas una cuota que permita a todos los actores menor aquí representado, sino también su madre y el mismo una vida en condiciones dignas.

**CAPITULO IV
FUNDAMENTOS DE DERECHO.**

- Artículos 29, 42, 44 y 230 de la Constitución Política de Colombia.
- Artículos 411 y siguientes del Código Civil Colombiano, en relación a los alimentos.
- Artículos 96 y 390 numeral 2 del Código General del Proceso.

- Artículos 23, 24, y 129 del Código De Infancia Y Adolescencia
- Sentencia C-727/2015 de la Corte Constitucional.

CAPITULO V.

PETICION EN FORMA INDIVIDUALIZADA Y CONCRETA DE LOS MEDIOS DE PRUEBA

Solicito, Señor/a Juez, sean decretadas, practicadas y tenidas en cuenta las siguientes pruebas:

DOCUMENTALES:

Solicito sean tenidas como pruebas los siguientes documentos:-

- Copia del contrato de arrendamiento, por valor de trecientos ochenta mil pesos M/TCE (\$380.000).
- Copia del recibo de pago del servicio público domiciliario de agua del mes de marzo de 2022 por un valor de ciento diez y seis mil ochocientos noventa y cuatro pesos M/TCE (\$116.894).
- Copia del recibo de pago del servicio público domiciliario de luz del mes de marzo de 2022 por un valor de sesenta y seis mil novecientos ochenta y ocho pesos M/TCE (\$66.988).
- Copia del recibo de pago del servicio público domiciliario de gas del mes de marzo de 2022 por un valor \$ diecisiete mil ciento cuarenta y dos pesos M/TCE (\$17.142).
- Copia del recibo de pago del servicio de telecomunicaciones del mes de marzo de 2022 por un valor de cincuenta mil pesos M/TCE (\$50.000).

- Copia de las facturas de pago del mercado mensual por un valor de ciento veintidós mil novecientos cincuenta y cinco pesos(\$122.955)
- Copia de algunas cuotas alimentarias consignadas a la cuenta de la señora STEFANIA GAGLIARDI GIL.
- Copia del recibo de pago del servicio público domiciliario del gas de la vivienda de la madre y en la cual cancela el préstamo del vehículo por un valor ciento noventa y ocho mil cuarenta y ocho pesos M/TCE (\$198.048) . del mes de marzo de 2022
- Constancia de NO COMPARECENCIA expedida por el ICBF con radicado numero 173117975 en la cual constata que la señora STEFANIA GAGLIARDI GIL no fue a la audiencia de conciliación propuesta por mi poderdante.
- Copia del seguro de vida del señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA en el cual constata que el menor VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI es beneficiario del 70%.
- Copia de la afiliación y beneficiarios al sistema de seguridad social del señor DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA y como beneficiarios a salud y cajas de compensación del menor VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI.

INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito sean tenido en cuenta, el interrogatorio de parte que será realizado a la señora Stefania Gagliardi Gil, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.053.811.879, con residencia y domicilio en la ciudad de Manizales.

TESTIMONIALES

Solicito Señor/a Juez, señalar fecha y hora para que en audiencia de conformidad con los Artículos 372 y 373 del Código General del Proceso, hacer comparecer a su Despacho a las siguientes personas, mayores de edad y vecinas de la ciudad de Manizales, para que declaren lo que les conste sobre los hechos y pretensiones de la demanda.

- CLAUDIA PATRICIA VALENCIA TORO, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 30,314.234 de Manizales, Caldas, quien tiene su domicilio en la Calle 68 33-70 de Manizales, Caldas. Celular: 315 3854241 y correo electrónico fgonza57507920@gmail.com.
- LUZ ESTELA VALENCIA TORO mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 24'328.092 de Manizales, Caldas, quien tiene su domicilio en la Calle 68 33-68 de Manizales, Caldas. Celular: 313 7804701

A PETICION DE PARTE:

Solicito de manera comedida y respetuosa Señor/a Juez de conformidad con los Artículos 169 del Código General del Proceso, que se oficie a la EPS SURA para que de a conocer el estado clínico y el procedimiento medico que se lleva con el menor VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI.

CAPITULO VI. PROCEDIMIENTO

El proceso para seguirse es el que sustentan los artículos 140 y ss. Del Decreto 2737 de 1998 en concordancia con los artículos 129 y 130 de la Ley 1098 del 2006, dicho proceso es verbal sumario según el artículo 390 numeral 2 del Código General del Proceso.

CAPITULO VII.

COMPETENCIA

Por naturaleza del proceso y domicilio del menor es usted señor/a Juez competente para conocer del presente proceso.

CAPITULO VIII.

ANEXOS

Con la presente contestación de demanda, anexo:

1. Documentos enunciados en el acápite de medios de pruebas.
2. Poder debidamente conferido para actuar en el proceso.

CAPITULO IX.

PERSONERÍA

Solicito respetuosamente señor/a Juez, se me reconozca personería para actuar conforme al poder conferido.

CAPITULO X.

NOTIFICACIONES

A LA DEMANDANTE: Stefania Gagliardi Gil: Sector Tejares, finca El Edén. Bajo Tablazo. Manizales (Caldas).
Celular 3113513632. Correo electrónico: gagliardi-0713@hotmail.com

AL SUSCRITO APODERADO JUDICIAL DE LA PARTE DEMANDANTE:
Calle 22 No.20-58.Of.1104.CP.170001, Edificio Banco Ganadero,Manizales (Caldas)-Colombia. Tel. 8835765 ó 3218000477, Correo electrónico jacduque@mac.com

AL DEMANDADO: Calle 68 No. 33-68, barrio Fátima, sector 3 esquinas, enseguida de tienda La Molina. Manizales (Caldas).

Celular 3235372686. Correo electrónico: danybikes426@hotmail.com

AL SUSCRITO APODERADO JUDICIAL DE LA PARTE DEMANDADA:

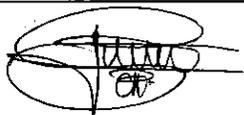
Calle 23 # 23-16, edificio banco caja social, oficina 502B. Manizales, caldas.

Celular: 3012291515, Correo electrónico: sebastianceballosabogado@gmail.com

Del Señor Juez,

Cordialmente

Juan Sebastian Ceballos Hoyos

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Juan Sebastian Ceballos Hoyos', written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

CC. 1053870741.

Manizales, Marzo 2022

Señor

JUZGADO QUINTO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE MANIZALES

Manizales - Caldas

ASUNTO: PODER ESPECIAL

REFERENCIA: REGULACION DE VISITAS y FIJACIÓN DE COUTA ALIMENTARIA A FAVOR DE MENOR DE EDAD.

DEMANDANTE: STEFANIA GAGLIARDI GIL en representación del menor VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI.

DEMANDADO: DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA progenitor del menor VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI.

DANIEL FERNANDO VÁSQUEZ VALENCIA, mayor de edad y vecino de Manizales, Caldas; identificado con cédula de ciudadanía N° 1.053.818.198 de Manizales - Caldas, manifiesto ante usted, muy respetuosamente, que confiero poder especial, amplio y suficiente a **JUAN SEBASTIAN CEBALLOS HOYOS**, titular de la cédula de ciudadanía No. 1.053.870.741 de Manizales - Caldas, con tarjeta profesional No. 378921 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación, trámite y lleve hasta su culminación el proceso bajo radicado No. 17001311000520210034900 en el asunto de **CONTESTACIÓN DE DEMANDA POR REGULACIÓN DE VISITAS y FIJACIÓN DE COUTA ALIMENTARIA A FAVOR DE MENOR DE EDAD**, instaurado por la señora **STEFANIA GAGLIARDI GIL** en representación del menor **VALENTINO VÁSQUEZ GAGLIARDI**.

Mi apoderado cuenta con las facultades inherentes para el ejercicio del presente poder, en especial las de recibir documentos, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir y en general todas aquellas necesarias para el buen desempeño de su gestión del tipo de proceso presente, y las demás consagradas en el artículo 77 del CGP.

Sírvase Señor Juez, reconocer personería en los términos y para los fines aquí señalados.

Del señor Juez,



Atentamente,

Daniel Fernando Vásquez Valencia.

C.C: 1.053.818.198 de Manizales-Caldas.

CORREO: danybikes426@gmail.com

TELÉFONO CELULAR: 3053202121

Acepto

Juan Sebastian Ceballos hoyos.

C.C: 1.053.870.741 de Manizales-Caldas.

CORREO: sebastianceballosabogado@gmail.com

TELÉFONO CELULAR:



CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE VIVIENDA URBANA

LUGAR Y FECHA DE OTORGAR ESTE CONTRATO: **Sanizales, 09 abril 2021**
 ARRENDATARIO (A): **Julian Daro Delgado cc 10281373**
 ARRENDADOR (A): **Daniel Fernando Vasquez Valencia cc 1053818198**
 Domicilio e identificación: **calle 68 # 34-40**
 Precio de alquiler mensual: **380.000**
 Duración del contrato: **12 meses** (1 año) (09/04/2021)
 Fecha de inicio del contrato: **09**
 Precio de alquiler mensual: **Agua, luz, gas**

PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO: Mediante el presente contrato, el (los) arrendatario (s) se obliga (n) a cesar en a el (los) arrendador (s) el goce del inmueble ubicado en la zona de **Sanizales** en la ciudad de **Santiago** de la provincia de **Santiago** de la República Dominicana, para ser utilizado como vivienda para el (los) arrendatario (s) y el (los) arrendador (s) se obliga (n) a pagar al (los) arrendatario (s) el precio de alquiler mensual de **380.000** (trescientos ochenta mil pesos) en la forma de **380.000** (trescientos ochenta mil pesos) mensuales.

SEGUNDA. FACO. OPORTUNIDAD Y SITIO: El (los) arrendatario (s) se obliga (n) a pagar al (los) arrendador (s) el precio de alquiler mensual de **380.000** (trescientos ochenta mil pesos) mensuales.

TERCERA. DESTINACION: El (los) arrendatario (s) se compromete (n) a usar el inmueble y sus partes y anexos de acuerdo a su destino y no para otros fines que los que se expresan en el presente contrato.

CUARTA. RECIBO Y ESTADO: El (los) arrendatario (s) declara (n) que ha (n) recibido el inmueble objeto de este contrato en buen estado, conforme al inventario que se adjunta al presente contrato y que se encuentra en el momento de otorgarse el presente contrato en el estado de **buen estado**.

QUINTA. REPARACIONES: El (los) arrendatario (s) se obliga (n) a pagar las reparaciones que se ocasionen en el inmueble y sus partes y anexos durante el contrato de arrendamiento.

SEXTA. OBLIGACIONES ESPECIALES DE LAS PARTES: El (los) arrendatario (s) se obliga (n) a pagar al (los) arrendador (s) el precio de alquiler mensual de **380.000** (trescientos ochenta mil pesos) mensuales.

SEPTIMA. TERMINACION DEL CONTRATO: En caso de terminación del contrato, el (los) arrendatario (s) se obliga (n) a pagar al (los) arrendador (s) el precio de alquiler mensual de **380.000** (trescientos ochenta mil pesos) mensuales.

OCTAVA. OTRAS CLAUSSAS: El (los) arrendatario (s) se obliga (n) a pagar al (los) arrendador (s) el precio de alquiler mensual de **380.000** (trescientos ochenta mil pesos) mensuales.

NOVENA. FIRMAS: El (los) arrendatario (s) se obliga (n) a pagar al (los) arrendador (s) el precio de alquiler mensual de **380.000** (trescientos ochenta mil pesos) mensuales.

DECIMA. OTROS DATOS: El (los) arrendatario (s) se obliga (n) a pagar al (los) arrendador (s) el precio de alquiler mensual de **380.000** (trescientos ochenta mil pesos) mensuales.

RECIBO DE CAJA

OP 609424

Fecha

Día	Mes	Año
17	11	21
Ciudad: <i>Medellin</i>		

Recibimos de <i>Lydia Mejia</i>		Cédula o Código <i>7012810751</i>	
Dirección Completa <i>calle 68 34-40 B-1</i>			
Suma (en letras) <i>cinuenta mil</i>			
Banco		\$ <i>50.000</i>	
Forma de Pago:	Banco	N° Cheque	Por Concepto de:
Cheque: \$	CAJEROS	123456789	<i>PC</i>
Efectivo: \$	TELECOMUNICACIONES S.A.S.	NIT 900170562-9	Autorizada y Sello:
Total: \$			<i>CS</i>
			C.C. o NIT

Impreso por KEYROS SAS NIT: 901077221-0
 GRACIAS POR SU VISITA
 Revise sus Productos

6

Autoservicio Mana

FERNEY PUENTES CASTELLANOS
 NIT: 14545177 IVA REGIMEN COMUN

HABILITA - O.E/ P.O.S **M1-1174030**

Caja: 003 Hora: 19:47 Fecha: 15/03/2022
 Cajero: JUAN FELIPE

Producto	Iva	Cant	Subtotal
ENTREPIERNA	0	505	13,130
FRUVER MALLA TOMATE	0	1	2,500
TOCINO CARNUDO	0	225	3,375
MALEA PAPA CRTOLLA	0	1	2,000
TOALLITA ARRURU AVEN	19	1	8,800
*ESPONJA ORD PLATA M	19	1	5,200
MODIFR CHOCOLISTO *4	19	1	8,250
SALGHICHON ZENU BRDS	5	1	7,700
SALTINAS ORIGINAL ST	19	1	5,100
PAN TAJADO BIMBO X60	0	1	5,600
SUNTEA 1.5L GRANADIL	19	1	1,050
SUNTEA 1.5L GRANADIL	19	1	1,050
SUNTEA 1.5L GRANADIL	19	1	1,050
SUNTEA 1.5LTRS FUSIO	19	1	1,000
CANEA ENTERA 10GR	19	1	2,300
SARSA DULCE DE MAIZ	19	1	20,950
AVENA MOJOLA QUAKER	5	1	3,250
VERDADAD PIA SAK	19	1	3,200
VERDADAD PIA SAK	19	1	3,200
VERDADAD PIA SAK	0	1	3,000
VERDADAD PIA SAK	0	1	1,500
VERDADAD PIA SAK	19	1	7,750
VERDADAD PIA SAK	19	1	12,000

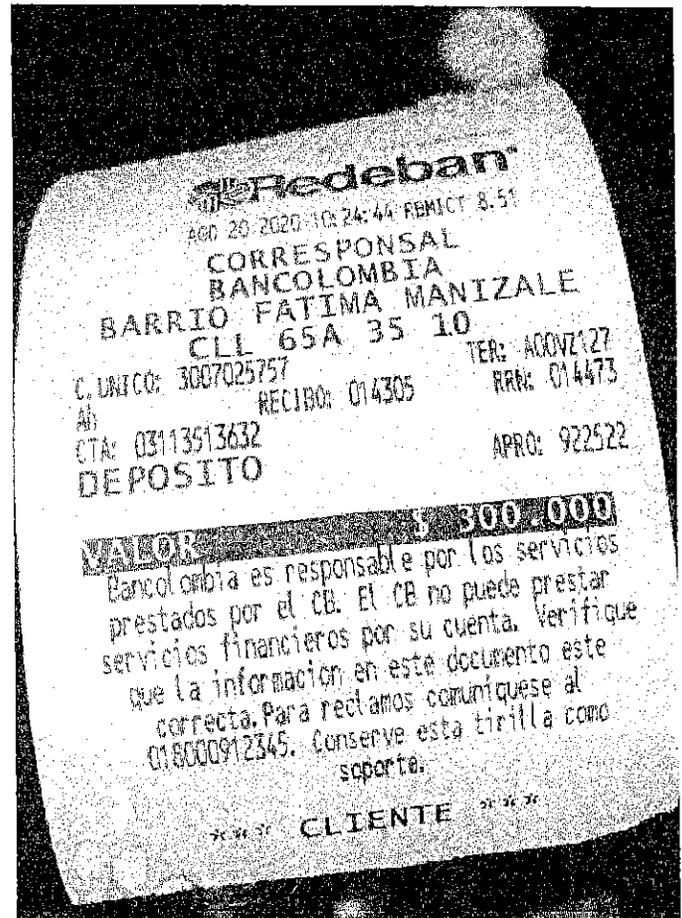
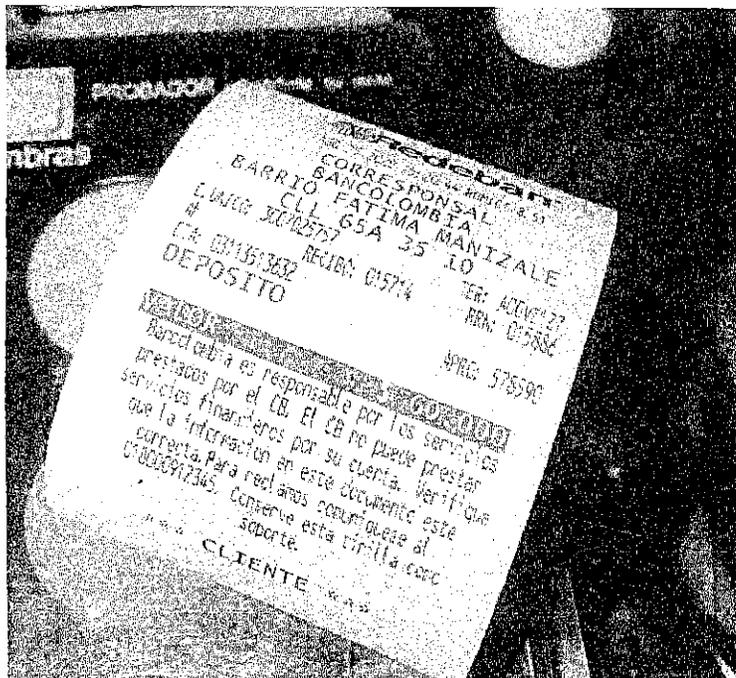
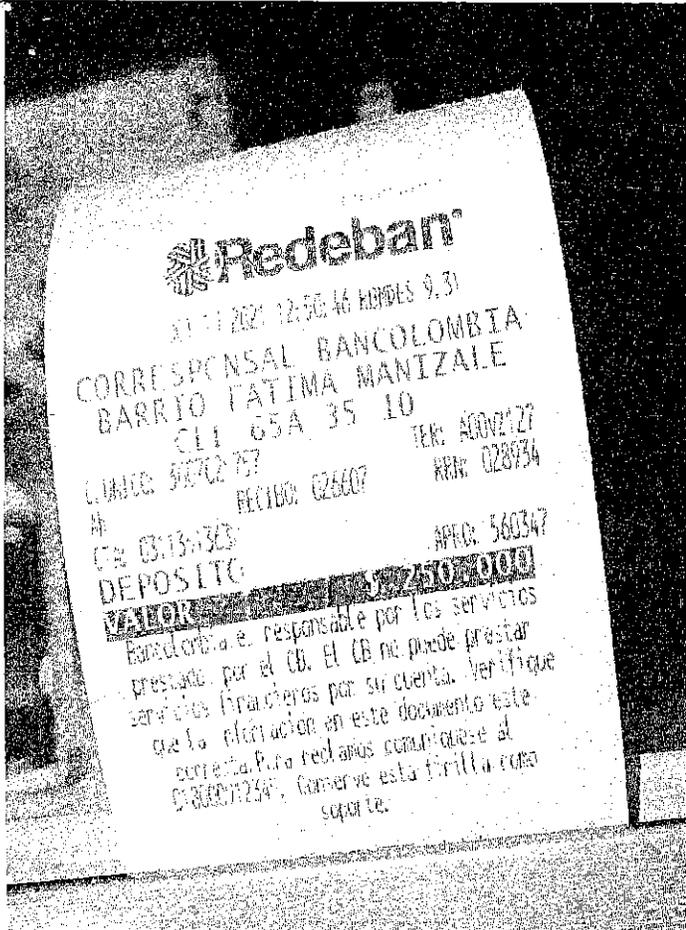
Total: \$ 122,955

EFFECTIVO 125,000
 DEVUELTA 2,045

BASE	VALOR	TOTAL
31105	0	31,105
67983	12917	80,900
10426	522	10,950
109516	13439	122,955

Tel: 65A No 35-44 Manizales 8785578
 Celular 3053031506

POS 18784023710472 del 2022-1-4
 19858 A M11300000 Vence 2024/01/04
 LINEAS EXENTOS-DECRETO 417, 17 MAR/2020



Efigas

¡Hola!

NESTOR JULIO VALNEGIA PELAEZ

Tu código de contratos: **417145**

Este mes preparase alimentos con mucho amor y Gas Natural.

Fecha de vencimiento: 03/02/2022 11:27:43

EN TOTAL TE FACILITAMOS

Servicio público	\$ 44.562
Brilla	\$ 203.662
Otros servicios	\$ 0
Valor en reclamo	\$ 0
Saldo a favor	\$ 0
TOTAL A PAGAR	\$ 248.224
Si no pagues antes de	21/02/2022
Te quedas en servicio desde	1178294097
Documento equivalente	157837044
Referencia de pago	

SUSUERTE S.A.
 NIT: 8100003178
 CRA 23C NO 64-32 MANIZALES

Fecha de Recaudo: 18/02/2022 11:20:40
 Egresos: 393 071: 1 Vendedor: 1053854***
 Correo: 514675713 Cod Seg: -491335612

RECABDO PARA TERCEROS
 EFIGAS

Referencia: 157837044
 periodo de pago: 23/03/2022
 Servicio: EFIGAS
 Valor: \$248,224
 Saldo al Peso: \$0
 Valor Recaudado: \$248,224

NO MILLONES al instante
 PARA RASPA Y LISTO Y participa hasta



01 8000 96 63 44

LINEA DE SERVICIO AL CLIENTE

MANIZALES

Dirección de entrega CL 68 KR 33 - 70

Barricada FATIMA, (MANIZALES)

Dirección del predio CL 68 KR 33 - 70

Municipio MANIZALES

Estrato 3

Clase de servicio RESIDENCIAL

Medición Y027628598

Período de consumo 30/DIC - 28/ENE

Observación de no lectura

Días de consumo: 30

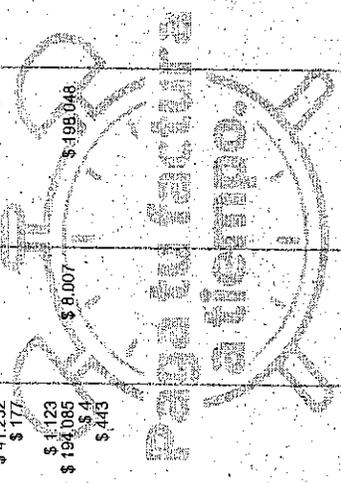
Medición Y027628598



SERVICIO DE GAS

Número de servicio: 417145
 Cargo fijo mensual \$ 3.133
 Consumo de gas natural \$ 41.252
 Recargo por mora excluido de IVA \$ 177
 SERVICIOS FINANCIEROS (Número de servicio: 4271570)
 Recargo por mora excluido de IVA \$ 1.123
 Crédito no bancario (Tasa 2,0418%) \$ 194.085
 Recargo por mora excluido de IVA \$ 4
 Seguro deudores Brilla \$ 443

CAPITAL \$ 240.217
 INTERESES \$ 8.007
 TOTAL \$ 198.048



TOTAL SERVICIO: \$ 240.217

Evita estafas, nuestro personal se encuentra debidamente identificado y no está autorizado para recibir dinero en efectivo. Valida la identidad llamando a la línea gratuita 018000966344.

REGISTRACION TECNICA REGlamentARIA

Tu grupo de clientes Brilla

Para conocer donde usar el Impulsador Brilla

www.efigas.com.co

\$ 3.182.867

Aplica reglamento del programa

Conoce los cambios de nuestra factura escaneando el QR

Por eso le damos la bienvenida a nuestra nueva factura de Gas Natural, para que le quede más clara que nunca



NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CODIGO DE BARRAS



Departamento para la Prosperidad Social
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar



9

Cecilia de la Fuente de Lleras
Dirección de Servicios y Atención

CONSTANCIA DE RADICACIÓN
DERECHO DE PETICIÓN - INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN CON TRÁMITE
CZ MANIZALES 2

<< Volver

DATOS DEL CIUDADANO

Radicado: 173117975	Fecha de Creación: 17/03/2022 09:44:09 p.m.	Teléfono: 3137604701
Ciudadano: Daniel Fernando Vasquez Valencia	Ubicación: Sin Dato - CZ MANIZALES 2	Dirección: CL 68 33 68 BARRIO_FATIMA
Correo electrónico: danyobkx426@gmail.com	Canal: Presencial Verbal	No. Observaciones: 0
Responsable del Registro: Luisa Fernanda Alzate Alzate	Grupo Étnico: NO SE AUTORRECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	Celular: 3093202121
¿En Condición de Desplazamiento? No		Observaciones de la Ubicación:

DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

Se presenta el señor Daniel Fernando Vasquez Valencia, identificado con cedula 1053516193, en calidad de padre del menor de edad VALENTINO VASQUEZ GAGLIARDI, identificado con R.C. 1056142505, quien solicita copia de la constancia de inasistencia por parte de la progenitora de su hijo a la audiencia de conciliación programada en SIM N° 173114871, lo anterior, teniendo presente que posterior a los 3 días hábiles para presentar excusa y quedar en firme la constancia no se comunicaron con el peticionario para su entrega y tampoco le llegó dicha diligencia por medio de correo electrónico.

DATOS DE LA PETICIÓN

Motivo de la Petición:	Solicitud de Copias
Remitido A::	Centro Zonal
Modalidad del Derecho de Petición:	Interés Particular
Respuesta Inicial al Ciudadano:	Se recibe petición, se direcciona al área de asuntos conciliables para respuesta pertinente y se brinda N° radicado 173117975
Petición requirió utilizar Centro de Relovo?:	NO
Medio de respuesta:	Correo electrónico
Petición Mesas Públicas o Rendición de Cuentas (Responda SI o NO si se recepción en uno de estos eventos):	NO

RESPUESTA INICIAL AL CIUDADANO

Se recibe petición, se direcciona al área de asuntos conciliables para respuesta pertinente y se brinda N° radicado 173117975

Le recordamos la importancia de declarar el verdadero estado de salud al momento de diligenciar la solicitud de seguro. Favor leer con detenimiento la declaración de asegurabilidad contenida en el presente certificado.

Fecha de diligenciamiento 16/07/2012	Valor asegurado 10.902.312	Póliza N°
---	-------------------------------	-----------

Razón Social de la Entidad Tomadora Productos Rama SAS		C.C o Nit 860003831
Nombres y Apellidos completo del solicitante Daniel Fernando Vasquez Valencia		Fecha de Nacimiento 29-Abril-1992
Tipo de documento Cedula	N° de Documento 1053818198	Dirección Particular calle 68 # 33-68
Correo electrónico danybikes426@gmail.com	Teléfono celular 3053202121	Teléfono fijo 8911615
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura 1.67 Mts.	Peso 84 Kgs.
Ocupación actual detallada	¿Práctica alguno de los siguientes deportes? <input type="checkbox"/> Alpinismo / montañismo <input type="checkbox"/> Artes marciales / Boxeo / Lucha <input type="checkbox"/> Aviación o Paracaidismo o Parapente <input type="checkbox"/> Buceo <input type="checkbox"/> Caza o Tiro o Tauromaquia <input type="checkbox"/> Equitación <input type="checkbox"/> Competencia de velocidad (por tierra o agua) <input type="checkbox"/> Otros deportes ¿Cuál?	

RELACION DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Si no realiza designación de beneficiarios, en su defecto aplica los de ley según lo estipulado en el Artículo 1142 del Código de Comercio. Para pólizas deudoras el primer beneficiario será a título oneroso

Nombres y Apellidos completos	Tipo de documento	N° Documento de identidad	% Participación	Beneficiario/Parentesco
Valentina Vasquez Gagliardi	Registro Civil	1056442606	30	Hija
Guz Estela Valencia Toro	Cedula	30281613	30	Madre

DECLARACION DEL ESTADO DE SALUD

Marque X

Yo, el abajo firmante, declaro que:

Actualmente me encuentro en buen estado de salud y no presento disminución de capacidad para realizar mi trabajo o actividades cotidianas: SI NO

1. ¿Padece, ha padecido o le han diagnosticado alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? En caso afirmativo marcar con X:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis crónicas | <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Hepática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Enfermedad Glándula Tiroides | <input type="checkbox"/> Ceguera o Sordera Parcial o Total |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Cerebrovasculares | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Tratamiento para Alcoholismo o Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Pulmonares | <input type="checkbox"/> Artritis - Lupus | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica degenerativa |
| <input type="checkbox"/> Renales | <input type="checkbox"/> SIDA - VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Epilepsia, Parkinson, Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depresión, Ansiedad u otro Trastorno Mental o Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Osteoarticulares | <input type="checkbox"/> Cataratas - Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trasplante | <input type="checkbox"/> Tratamiento por Drogadicción |

1.1. Diligencie el siguiente campo si existe antecedentes de consumo de alcohol o tabaco:

Alcohol	<input checked="" type="checkbox"/> Menos de 5 tragos por semana <input type="checkbox"/> De 6 a 20 tragos por semana <input type="checkbox"/> Más de 20 tragos por semana	Tabaco	<input checked="" type="checkbox"/> Menos de 20 cigarrillos por día <input type="checkbox"/> De 21 a 30 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/> De 31 a 40 cigarrillos por día <input type="checkbox"/> A partir de 41 cigarrillos por día
---------	--	--------	--	--

2. ¿Tiene programada alguna intervención quirúrgica o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? SI NO

3. Tiene o ha tenido enfermedades diferentes al numeral 1, por las cuales ha recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico (incluye cirugía, hospitalizaciones o medicamentos): SI NO

4. Presenta alguna pérdida funcional o anatómica? SI NO En caso afirmativo ¿Cuál?

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento

*En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud y no me ha sido diagnosticada alguna patología a la fecha.

DECLARACION Y AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud individual de seguro, que tengo conocimiento que la póliza se otorgará en consideración a la veracidad de estas declaraciones; y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro otorgado quedará viciado de nulidad en los términos del artículo 1058 del código de comercio. Autorizo a la aseguradora para que use, consulte y/o reporte a las centrales de información de riesgos, cualquier información relativa a mis hábitos de pago, al cumplimiento que se he dado a mis obligaciones y mi información comercial disponible. Sin perjuicio de lo estipulado por el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo a la aseguradora para acceder a mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aun después de mi fallecimiento. Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades, que mi profesión u oficio son lícitos y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o en contra de mi integridad personal en los últimos tres (3) años. Declaro que conozco y acepto las condiciones particulares y generales de la póliza de vida grupo a que accede esta solicitud.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a éste y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI NO

(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SI NO

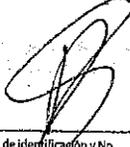
(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. SI NO

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co.

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

DECLARACION: Todos los datos aquí consignados son ciertos, la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. Autorizo irrevocablemente durante la vigencia del contrato del seguro que llegare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A. y por diez años mas después de finalizada la vigencia del mismo a los médicos, clínicas, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicio de salud, para suministrar la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A. les solicite, aun después de mi fallecimiento.

El diligenciamiento y suscripción de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el Seguro de Vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada por el solicitante del seguro.

Firma Electrónica / Personal 
Tipo de identificación y No Cedula 1053818198



PRODUCTOS RAMO SAS

NIT: 860.003.831-8

CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS LEGALES SOBRE SEGURIDAD SOCIAL SOLICITAMOS RELACIONAR EN FORMA CLARA LA SIGUIENTE INFORMACION:

I. AFILIACION Y BENEFICIARIOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

ESCRIBA LAS ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL A LAS CUALES LA EMPRESA LO DEBE AFILIAR EN EL MOMENTO DE SU INGRESO, ESTA INFORMACION DEBE COINCIDIR CON LOS CERTIFICADOS QUE USTED ENTREGO AL DEPARTAMENTO DE SELECCION,

DECLARO QUE DESEO AFILIARME EN FORMA VOLUNTARIA AL FDP:

Parvenir

DESEO AFILIARME EN FORMA VOLUNTARIA A LA EPS:

Salud Total

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS QUE DESEA AFILIAR AL SISTEMA GENERAL DE SALUD EPS O ISS, TENIENDO EN CUENTA QUE SOLO PUEDEN SER EL CONYUGE, O COMPAÑERO (A) PERMANENTE CON UNION DE HECHO SUPERIOR A 2 AÑOS, LOS HIJOS HASTA LOS 18 AÑOS Y HASTA LOS 25 AÑOS QUE DEPENDAN ECONOMICAMENTE DEL AFILIADO Y SEAN EXCLUSIVAMENTE ESTUDIANTES, LOS HIJOS DISCAPACITADOS DE CUALQUIER EDAD QUE DEPENDAN ECONOMICAMENTE Y EN AUSENCIA DE TODOS LOS ANTERIORES. LOS PADRES DEL AFILIADO NO PENSIONADOS Y QUE DEPENDAN ECONOMICAMENTE DE EL.

NOMBRES COMPLETOS	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA NACIMIENTO	SEXO		PARENTESCO
			F	M	
Valentino Vasquez Gagliardi	1056142606	10-08-2019		✓	Hijo

III. INFORMACION CAJA DE COMPENSACION

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS QUE DESEA AFILIAR A LA CAJA DE COMPENSACION

NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	Para uso exclusivo de Productos Ramo						
		Cédula	Registro Matrimonio	Registri Civil	Tarjeta de Identidad	Declaración Juramentada	Formulario Colsubsidio	Certificación laboral Conyugue
Valentino Vasquez Gagliardi	Hijo			1056142606				

FIRMA:
NOMBRE: Daniel Fernando Vasquez Valencia
CEDULA: 1053818198