



**JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE CARTAGENA**  
CALLE DEL CUARTEL, EDIF. CUARTEL DEL FIJO, OFICINA 214  
[j01fctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01fctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**FIJACIÓN EN LISTA**  
**EXCEPCIONES DE MÉRITO**

Para dar cumplimiento a lo normado en el artículo 370 del C.G.P. en concordancia con el artículo 110 de la misma normatividad y el artículo 9° de la Ley 2213 de 2022, se fija la presente lista en el Micrositio de este Juzgado, dispuesto para tal fin por el Consejo Superior de la Judicatura, por el término de un (1) día, hoy veinticuatro (24) de Mayo de dos mil veintitrés (2023), hora ocho de la mañana, para dar el traslado de las EXCEPCIONES DE MÉRITO propuestas por el apoderado judicial de los señores IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ Y JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES, dentro del proceso DECLARACIÓN DE UNIÓN MARITAL DE HECHO, RAD: 2022-00101-00, iniciado por ELIZABETH FRANCO ORTEGA contra HEREDEROS DETERMINADOS E INDETERMINADOS del finado MARCO FIDEL CARMONA HERNANDEZ, por el término de cinco (5) días, los cuales vencen el treinta y uno (31) de Mayo de dos mil veintitrés (2023)

THOMAS TAYLOR JAY

SECRETARIO

SECRETARÍA:

Cumplido lo anterior, se incorpora al expediente, hoy veinticuatro (24) de Mayo de 2023, hora cinco de la tarde, en espera del vencimiento del traslado dispuesto.-

THOMAS G. TAYLOR JAY

SECRETARIO

## RV: Contestacion de Demanda

hugo ruiz mercado <hruizmercado@hotmail.com>

Vie 16/12/2022 10:36 AM

Para: Juzgado 01 Familia - Bolivar - Cartagena <j01fctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>

---

**De:** hugo ruiz mercado <hruizmercado@hotmail.com>

**Enviado:** viernes, 16 de diciembre de 2022 10:35 a. m.

**Para:** Juzgado 01 Familia - Bolivar - Cartagena <j01fctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Asunto:** Contestacion de Demanda

Cartagena de Indias D T y C 15 Diciembre de 2022

**SEÑOR  
JUEZ PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE CARTAGENA  
E. S. D.**

**ASUNTO: PODER**

**IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ** Mujer, mayor de edad identificada con C.C. 45.765.300, domiciliada en el Barrio OLAYA HERRERA, SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, NUMERO 70B 32, en mi calidad de demandada, dentro del proceso de la radicación: **101/2022**, acudo a usted para manifestarles que confiero poder especial amplio y suficiente en cuanto a derecho se refiere al doctor **HUGO CASTOR RUIZ MERCADO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 9.099.509 de Cartagena y T.P. No. 119-332 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación presente, **CONTESTE LA DEMANDA, PRESENTE EXCEPCIÓNES PREVIAS, DE MERITO O DE FONDO.**

Mi apoderado queda ampliamente facultado para recibir, conciliar, sustituir, reasumir, renunciar, desistir, transigir, interponer recursos, y en general todas aquellas facultades inherentes al mandato tal como lo establece el artículo 77 y siguiente del Código de Procedimiento Civil.

Sírvase señor juez reconocer personería jurídica para actuar al Dr. **HUGO CASTOR RUIZ MERCADO.**

Relevo a mi apoderado, multas, costas y gastos.

Atentamente,

**ACEPTO**

**IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ  
C.C.No. 45.765.300**

**HUGO CASTOR RUIZ MERADO  
C.C.No. 9.099.509 de Cartagena  
T.P.No. 119-332 del C. S. de la J.**

Cartagena de Indias D T y C 15 Diciembre de 2022

**SEÑOR  
JUEZ PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE CARTAGENA  
E. S. D.**

**ASUNTO: PODER**

**JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES** Varón, mayor de edad identificado con C.C. **9066233**, domiciliada en el Barrio OLAYA HERRERA, SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, NUMERO 70B 32, en mi calidad de demandada, dentro del proceso de la radicación: **101/2022**, acudo a usted para manifestarles que confiero poder especial amplio y suficiente en cuanto a derecho se refiere al doctor **HUGO CASTOR RUIZ MERCADO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 9.099.509 de Cartagena y T.P. No. 119-332 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación presente, **CONTESTE LA DEMANDA, PRESENTE EXCEPCIÓNES PREVIAS, DE MERITO O DE FONDO.**

Mi apoderado queda ampliamente facultado para recibir, conciliar, sustituir, reasumir, renunciar, desistir, transigir, interponer recursos, y en general todas aquellas facultades inherentes al mandato tal como lo establece el artículo 77 y siguiente del Código de Procedimiento Civil.

Sírvase señor juez reconocer personería jurídica para actuar al Dr. **HUGO CASTOR RUIZ MERCADO.**

Relevo a mi apoderado, multas, costas y gastos.

Atentamente,

**ACEPTO**

**JORGE ANTONIO  
CARMONA PAYARES  
C.C.No9066233**

**HUGO CASTOR RUIZ  
C.C.No. 9.099.509 de Cartagena  
T.P.No. 119-332 del C. S. de la J.**

## Rv: Poder



You

To ihernandezsuarez@hotmail.com

Yesterday

...



poder

DOCX - 14 KB

Buenas días, señora IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ, a continuación envío poder para ejercitar su defensa dentro del proceso de declaracion de unión marital de hecho, promovido por la señora ELIZABETH FRANCO ORTEGA, sírvase firmarlo y enviárllo a mi correo.

New Message ↓



Idalides Hernández Suárez

To You

9:45 AM

...



poder

DOCX - 15 KB

Recibido, dr HUGO CASTOR RUIZ, Manifiesto que le confieso poder especial, para que defienda mis derechos e intereses.

...



You

Yesterday

To Jcarmonapayares@hotmail.com



poder J  
DOCX - 15 KB

Buenas tardes, señor JORGE CARMONA HERNÁNDEZ a continuación envío poder para ejercitar su defensa dentro del proceso de declaratoria de existencia de la unión marital de hecho, promovido por la señora ELIZABETH FRANCO ORTEGA. Sírvase firmarlo y enviarlo a mi correo.

New Message ↓



Jorge Carmona payares

9:49 AM

To You



poder J  
DOCX - 15 KB

Recibido, dr HUGO CASTOR RUIZ, Manifiesto que le confieso poder especial, para que defienda mis derechos e intereses.



Muchas gracias.

Gracias por confirmar.

Gracia



Reply

ACTA NÚMERO : 13430

DECLARACION CON FINES EXTRAPROCESALES RENDIDA  
ANTE LA NOTARIA QUINTA DE CARTAGENA  
(Decreto 1557 del 14 de julio de 1.989).

En la ciudad de Cartagena de Indias, capital del Departamento de Bolívar, en la República de Colombia a los doce (12) día (s) del mes de octubre del año dos mil veintiuno (2021) ante mí, ELITH ZUÑIGA PEREZ, Notaria Quinta Principal de éste Círculo Notarial, compareció MERCED COGOLLO ORTEGA, de 73 años de edad, de Nacionalidad Colombiana, con domicilio y residente en EL barrio OLAYA H SC LA MAGDALENA CL 35 N° 70B 49, Tel. No 3154861318, de estado civil: UNION LIBRE, identificado con cédula de ciudadanía N° 3.813.813, de profesión u oficio: CONFECCION, quien manifiesta:

- No me comprenden las generalidades de ley para con la Notaria Quinta de Cartagena.
- Las declaraciones contenidas en este documento, las rindo bajo la gravedad del juramento, y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso.
- Efectúo esta declaración bajo mi única responsabilidad, la cual será usada para fines extraprocesales.

Y declaro:

Que conozco de trato vista y comunicación desde hace más de 30 años a la señora IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ identificada con la cedula N° 45.765.300, y por lo que se de ella se y me consta que dependía económicamente y en todos los sentidos de su hijo MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ identificado en vida con la cedula N° 73.122.735, quien falleció el día 15 JUNIO del 2021, al momento de su fallecimiento él no estaba casado, ni por lo civil, ni católico, ni ningún rito, no hacia vida marital con persona alguna, no dejo hijos, ni naturales, ni extramatrimoniales, ni adoptados, ni por adoptar, ni dejo mujer embarazada, SU ESTADO CIVIL ERA DE COMPLETA SOLTERIA, que no existe otra persona con igual o mejor derecho que la Sra. IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ como su madre y única beneficiaria de su hijo fallecido.

Esta declaración la hacemos con destino a: ENTIDAD PERTINENTE

Se pagaron derechos notariales según Resolución No. 0536 del 22 de enero de 2021...\$13.800, más IVA...\$2.622. /.

Así lo dijo y suscribió, por ante mí y conmigo el Notario que doy fe.

J. EL DECLARANTE.-

*Merced Cogollo*

MERCED COGOLLO ORTEGA,  
C.C. 3813713

LA NOTARIA QUINTA PRINCIPAL  
ELITH ZUÑIGA PEREZ

mc

NOTA: SEÑOR USUARIO, LEA CUIDADOSAMENTE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMARLO, DESPUES DE SUSCRITO NO SE ACEPTAN CORRECCIONES

ACTA NÚMERO: 13431

DECLARACION CON FINES EXTRAPROCESALES RENDIDA  
ANTE LA NOTARIA QUINTA DE CARTAGENA  
(Decreto 1557 del 14 de julio de 1.989)

En la ciudad de Cartagena de Indias, capital del Departamento de Bolívar, en la República de Colombia a los doce (12) día (s) del mes de octubre del año dos mil veintiuno (2021), ante mí, ELITH ZUÑIGA PEREZ, Notaria Quinta Principal de éste Circulo Notarial, compareció: JOSE FERNANDO JULIO TERAN edad: 35 años de edad, de nacionalidad colombiana, con domicilio en cartagena y residente en el barrio Olaya sector la Magdalena, calle 35, No. 72B, tel.3106489888, estado civil union libre, identificado (a) con las Cédula de ciudadanía No. 92446925, de profesión u oficio: mecánico dental, quién manifiesta.

- No me comprenden las generales de ley para con la Notaria Quinta de Cartagena.
- Las declaraciones contenidas en este documento, las rindo bajo la gravedad del juramento, y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso.
- Efectúo ésta declaración bajo mi única responsabilidad, la cual será usada para fines extraprocesales.

Manifiesto que, conocí durante 10 años al finado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ, quien se identificó en vida con la cedula de ciudadanía N° 73.122.735, fallecido el día 15 DE JUNIO DE 2021, Me consta que al momento de su fallecimiento su estado civil, era soltero, sin union marital de hecho, pues no convivio con persona alguna, no dejo hijos, ni reconocidos, ni por reconocer, ni matrimoniales, ni extra matrimoniales, ni adoptivos, ni en proceso de adopción, SU ESTADO CIVIL ERA DE COMPLETA SOLTERIA, su madre IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ, identificada con cedula N° 45.765.300, dependía económicamente y en todos los sentidos del finado. Que no existen otras personas con igual o mejor derecho que el de su madre para reclamar.

Esta declaración la hago con destino a: ENTIDAD PERTINENTE

Se pagaron derechos notariales según Resolución No.00536 del 22 de agosto de 2021 ..\$13.800, más IVA ..\$2.622. /.

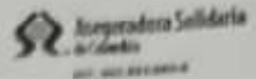
  
Jose Fernando T  
EL DECLARANTE.  
JOSE FERNANDO JULIO TERAN  
C. C. 92 446 925

  
LA NOTARIA QUINTA PRINCIPAL  
ELITH ZUNIGA PEREZ  
lmb

NOTA: SEÑOR USUARIO, LEA CUIDADOSAMENTE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMARLO, DESPUES DE SUSCRITO NO SE ACEPTAN CORRECCIONES.



# FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL



SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

EL TIPO DE ASESORÍA (SE INDICARÁ O BENEFICIARIO INDIAR EL VÍNCULO QUE TENGA CON EL TOMADOR) LAZARILLO  FAMILIAR  COMODATARIO  SIN VÍNCULO

**DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)**

TÍTULO DE DOCUMENTO: CO  CE  TI  PASAPORTE  OTRO  OVA

NOMBRE APELLIDO: Hernandez | RESERVA APELLIDOS: Suarez | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 45.760300

FECHA DE EMISIÓN: | PAÍS DE EMISIÓN: | DIA: | MES: | AÑO: |

PROVENIENCIA DE LOS FONDOS: | NOMBRE COMPLETO: | PAÍS DE ORIGEN: |

FECHA DE NACIMIENTO: | ESTADUAL: | SEXO: | ESTADO CIVIL: |

TELÉFONO CELULAR: | TELÉFONO FAMILIAR: |

EMAIL: |

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: |

**ACTIVIDAD ECONÓMICA**

ACTIVIDAD: | ESTABLECIMIENTO: | ROL: | PERSONAL: | RESERVA: | OTRO: |

DETALLE: ama de casa

MARKETEE CON UNA (X) SEGUN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):

1. ¿La Usado una Persona Políticamente Expuesta (PEP)?:  SI  NO

2. ¿La Usado PEP de Organizaciones Internacionales?:  SI  NO

3. ¿La Usado en PEP extranjero?:  SI  NO

4. ¿La Usado dentro de una PEP?:  SI  NO

En caso de responder SI, por favor detalle sus relaciones:

Número de documento: | Nombre Completo: | Vínculo con la PEP: |

Número de documento: | Nombre Completo: | Vínculo con la PEP: |

Número de documento: | Nombre Completo: | Vínculo con la PEP: |

**Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP):** i) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que la modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen; ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país de acuerdo por persona expuesta políticamente conforme a la regulación, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, multilaterales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

**Vínculo / Relación:** i) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos); ii) Segundo de afinidad (yernos, nueros, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero permanente de la PEP); y iii) Número civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

**INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL**

INGRESOS MENSAJES: | OTRAS INGRESOS MENSUALES: | TOTAL INGRESOS MENSUALES: | TOTAL GASTOS MENSUALES: |

TOTAL ACTIVOS: | TOTAL PASIVOS: |

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS: |

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:  SI  NO

IMPORTACIONES  EXPORTACIONES  INVERSIÓN  TRANSFERENCIAS  PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA  PAGO DE SERVICIOS

OTRO  DETALLE: |

¿Se están dando de alta en el Sistema Único de Consulta de Información de Crédito (SUCIC)?  SI  NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	MONEDA

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es legal y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y actualizarlos conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación facultará a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verdicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o esborno transnacional.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
- Origen de ingresos: De mi actividad económica  Otros  ¿Cuáles? N/A

**CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

Declaro que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones contractuales del contrato de seguro y de las condiciones particulares de pólizas de seguro.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1338 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del asegurador con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Único de Consulta de Información de Crédito (SUCIC).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una queja o reclamo.

**AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y GESTIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien resultare sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero, comercial, gestionar la cartera vencida y tratar los datos para desarrollar las actividades propias del contrato de seguro.

ADVERTENCIA: Este formato de conocimiento del cliente es un instrumento de carácter informativo y no constituye una oferta de seguro. Este documento se genera ÚNICAMENTE para que un cliente activo del SUCIC (SUCIC) que se encuentre en el momento de suscripción de un contrato de seguro pueda acceder a la información de las entidades financieras y de las compañías de seguros y para la actualización de esta información.

SISTEMA DE PROTECCIÓN Y DEL RIESGO PARA LOS USUARIOS DEL CLIENTE PERSONA NATURAL, VERSIÓN 1.0

## LIQUIDACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

Sujeto a las condiciones de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, y a las condiciones Generales y Particulares de la póliza SOLICANASTA No. 994.000.000.003, en la que figura como asegurado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ Yo, IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ, Mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 45765300, actuando en nombre propio y como beneficiaria de ley de la póliza citada, bajo el siniestro número 440-21-3395 con el registro único de Indemnización RUI - 70113, de manera libre, consciente y voluntaria manifiesto lo siguiente:

Que Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa me reconocerá como pagó único, total y definitivo de la indemnización derivada del AMPARO BASICO DE MUERTE del asegurado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ, la suma de valor (DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE) M/Cte. \$2.200.000.

Por lo anterior, autorizo a **Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa**, a efectuar el pago de la indemnización a la cuenta de Ahorros ( ) o Corriente ( ) número \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_, cuyo titular es el beneficiario IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ.

En caso de no contar con cuenta bancaria autorizó que el pago sea generado por ventanilla a través del Banco de Bogotá.

En virtud de lo anteriormente acordado se dispone lo siguiente:

1. Una vez cumplidas las obligaciones suscritas en el presente acuerdo por parte de Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa y el beneficiario, se declaran a paz y salvo de todo concepto.
2. En caso de aparecer otras personas con igual o mejor derecho a reclamar, El beneficiario se compromete a mantener indemne a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, y en consecuencia, procederá a reconocer la cuota parte que por ley corresponda.
3. Así mismo le informamos que es necesario diligenciar el EUCC "Formato único de conocimiento del cliente" el cual anexamos y que resulta indispensable para continuar con el reconocimiento del pago. (todos los campos son obligatorios, si no hay información colocar N/A o en datos financieros un cero ( \$ 0 ).
4. Agradecemos remitir los documentos firmados al correo [liquidacionespersonas@solidaria.com.co](mailto:liquidacionespersonas@solidaria.com.co)

*idalides antonia hernandez*

*[Handwritten signature]*

Firma Asegurado/ Beneficiario  
CC 45765300



Huella índice derecho

*Nota: El presente documento deberá ser autenticado en notaría, si la suma a indemnizar supera los 12 SMMLV.*



**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultadas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información me asientan los derechos a acceder, actualizar, rectificar, reportar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Autorizo de manera expresa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tenga participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia o en el exterior, terceros contratados por esta o quienes la representen, en adelante LA ASEGURADORA, para: Recopilar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la historia clínica y datos sobre mi estado de salud, así como después de mi fallecimiento; entendiendo que la posibilidad de obtener copia de mi registro clínico, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 9 de la ley 1581 de 2012:

a) Recopilar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de LA ASEGURADORA. SI  NO

b) Recopilar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI  NO

c) Transferir y transmitir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulado por el artículo 20 de la ley 1581 de 2012. SI  NO

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el titular cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data.
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado.
3. Garantizar que la información que se suministra a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible.
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a esta se mantenga actualizada.
5. Rectificar la información cuando sea inexacta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora.
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento está previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley.
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, renovación e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instaurar e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

**Parágrafo:** Para el caso de los Contratos de Seguros en Régimen colectivo, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. actuará como encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien actuará como responsable de la información.

**Parágrafo 2:** De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Levado de Activos y de la Penalización del Terorismo en adelante (SARLAFT), que implementa la Aseguradora, como tomador de la póliza manifiesta que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregar los formularios de consentimiento de los asegurados, en cuyo caso la información la Aseguradora la recopilará en el momento de la presentación de la reclamación (Solo Aplica para POLIZA DE GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES)

**ACEPTACIÓN DE USO DE FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL**

Conviene con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, se realice operaciones electrónicas referentes a los contratos con los que me encuentro vinculado, o autorizo o permito cualquier comunicación, documento, orden u otra actuación con mi firma electrónica o digital, cada documento que genere, operación que realice, firme, visado, orden o operaciones, bienen todos los efectos jurídicos.

Autorizo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad. Hago constar que fui informado que la captura de la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y recuperada cada vez que realice o autorice una transacción, genere un documento u orden. Reconozco como efectivamente realizadas de manera personal o bajo mi control y responsabilidad cualquier documento u orden que aparezca con mi firma electrónica o digital capturada y almacenada por la Aseguradora.

Se conviene igualmente que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e intransferible por lo cual me obligo a:

- 1) mantener el control y la custodia de ella y de los actos de creación de la firma,
- 2) actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de esta y de mis datos de creación, asumiendo las consecuencias de cualquier falla,
- 3) informar cualquier situación anormal que se presente,
- 4) utilizar la firma únicamente para los usos y conforme a las condiciones convenidas con la Aseguradora,
- 5) solicitar la revocación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firmas o las operaciones.

Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme u ordene según el caso, mientras tenga la calidad de cliente de la Aseguradora.

**FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus aspectos y que he leído y aceptado el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_.

*Stefano* *Garzón*

NOMBRE FIRMA HUELLA

**INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

LUGAR DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO CARGO

En mi calidad de intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular 0054 de 2016, declaro que soy responsable del rediseño y verificación de la documentación del subscritor, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

**AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas, adolescentes y aquellas que versan sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociadas, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o alguna de las anteriores, en adelante LA ASEGURADORA para:** Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 5 de la ley 1581 de 2012.

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. SI  NO

b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI  NO

c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el/a: SI  NO

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCION)**

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente. Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data.
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado.
3. Garantizar que la información que se suministra a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible.
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada.
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora.
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley.
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la competitiva con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instaurar e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

**Parágrafo:** Para el caso de los Contratos de Seguros en Pólizas colectivas, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. actuará como encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien actuará como responsable de la información.

**Parágrafo 2:** De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementa la Aseguradora, como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregar los formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación (Solo Aplica para POLIZA DE GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES).

**ACEPTACION DE USO DE FIRMA ELECTRONICA O DIGITAL**

Convenio con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, si realizo operaciones electrónicas referentes a los contratos con los que me encuentro vinculado, o autorizo o genero cualquier comunicación, documento, orden u otra actuación con mi firma electrónica o digital, cada documento que genere, operación que realice, firme, valide, ordene o autorice, será vinculante y que la firma electrónica o digital, sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma física y reconozco que tales actuaciones, documentos, órdenes u operaciones, tienen todos los efectos jurídicos.

Autorizo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad. Hago constar que fui informado que la captura de la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y recuperada cada vez que realice o autorice una transacción, genere un documento u orden. Reconozco como efectivamente realizadas de manera personal o bajo mi control y responsabilidad cualquier documento u orden que aparezca con mi firma electrónica o digital, capturada y almacenada por la Aseguradora.

Se conviene igualmente que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e intransferible por lo cual me obligo a:

- 1) mantener el control y la custodia de ella y de los actos de creación de la firma;
- 2) actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de esta y de mis datos de creación, asumiendo las consecuencias de cualquier falta;
- 3) informar cualquier situación anormal que se presente;
- 4) utilizar la firma únicamente para los usos y conforme a las condiciones convenidas con la Aseguradora;
- 5) a solicitar la revocación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firmas o las operaciones.

Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme u ordene según el caso, mientras tenga la calidad de cliente de la Aseguradora.

**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 que el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_

*[Firma manuscrita]*

NOMBRE

*[Firma manuscrita]*

FIRMA  
C.C.



IMPRESION HUELLA

**INFORMACION ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCION)**

LUGAR DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

En mi calidad de intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular 00544 jurídica entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante incluida la realización de la entrevista como constancia de lo anterior, firmo a continuación:

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

CARGO

## LIQUIDACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

Sujeto a las condiciones de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, y a las condiciones Generales y Particulares de la póliza SOLICANASTA No. 994.000.000.003, en la que figura como asegurado **MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ** Yo, **JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES** Mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.9.066.233, actuando en nombre propio, En calidad de beneficiario de ley de la póliza citada, bajo el siniestro número 440-21-2021-3395 con el registro único de Indemnización RUI - 70113, de manera libre, consciente y voluntaria manifiesto lo siguiente:

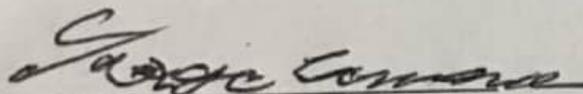
Que Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa me reconocerá como pagó único, total y definitivo de la indemnización derivada del AMPARO BASICO DE MUERTE del asegurado **MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ**, la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE \$2.200.000.

Por lo anterior, autorizo a **Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa**, a efectuar el pago de la indemnización a la cuenta de Ahorros ( ) o Corriente ( ) número \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_, cuyo titular es el beneficiario **JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES**.

En caso de no contar con cuenta bancaria autorizó que el pago sea generado por ventanilla a través del Banco de Bogotá.

En virtud de lo anteriormente acordado se dispone lo siguiente:

1. Una vez cumplidas las obligaciones suscritas en el presente acuerdo por parte de Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa y el beneficiario, se declaran a paz y salvo de todo concepto.
2. En caso de aparecer otras personas con igual o mejor derecho a reclamar, El beneficiario se compromete a mantener indemne a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, y en consecuencia, procederá a reconocer la cuota parte que por ley corresponda.
3. Así mismo le informamos que es necesario diligenciar el **FUCC "Formato único de conocimiento del cliente"** el cual anexamos y que resulta indispensable para continuar con el reconocimiento del pago.
4. Agradecemos remitir los documentos firmados al correo [liquidacionespersonas@solidaria.com.co](mailto:liquidacionespersonas@solidaria.com.co)



Firma Asegurado/ Beneficiario

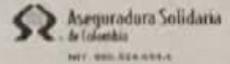
CC 9.066.233



Huella índice derecho

*Nota: El presente documento deberá ser autenticado en notaria, si la suma a indemnizar supera los 12 SMMLV.*

# FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL



NIT. 900.524.455-4

SUSCRIPCIÓN

SIENIESTROS

¿SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VINCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR: LABORAL  FAMILIAR  COMERCIAL  SIN VINCULO

**DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)**

TIPO DE DOCUMENTO:  C.C.  PASAPORTE  OTRO  CUIA No. 9066233

PRIMER APELLIDO: **Carmona** SEGUNDO APELLIDO: **Pajares** LUGAR DE EXPEDICIÓN: **Cartagena** FECHA DE EXPEDICIÓN: DIA: **07** MES: **19** AÑO: **2007**

DIRECCIÓN DOMICILIO: **Claya Herrera - Secto. la Magdalena, Calle 35, N 788 32** CIUDAD/MUNICIPIO: **Cartagena** PRIMER NOMBRE: **Jorge** SEGUNDO NOMBRE: **Antonio**

CORREO ELECTRÓNICO: **Hrvizmercado@Hotmail.com** TELEFONO CELULAR: **3205053455** TELEFONO DOMICILIO: **6426609** DEPARTAMENTO: **Bolívar** NACIONALIDAD: **Colombia**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: DIA: **07** MES: **19** AÑO: **42** SEXO: **M** ESTADO CIVIL:  SOLTERO  VIUDO  UNION LIBRE  CASADO  DIVORCIADO

ACTIVIDAD ECONOMICA: ASALARIADO  ESTUDIANTE  SOCO  PENSIONADO  RENTISTA  OTRO?  CODIGO CIR ( \* )

DETALLE: **No trabajo**

MARQUE CON UNA (X), SEGUN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESION (PEP):

1. ¿Es Usted una Persona Politicamente expuesta? SI  NO  2. ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI  NO  3. ¿Es Usted un PEP extranjero? SI  NO  4. ¿Es Usted familiar de una PEP? SI  NO

En caso de atender SI, por favor detalle sus relaciones:

Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vinculo con la PEP: \_\_\_\_\_

Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vinculo con la PEP: \_\_\_\_\_

Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vinculo con la PEP: \_\_\_\_\_

**Nota: Persona Expuesta Politicamente (PEP):** i) las personas expuestas politicamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta politicamente conforme a la regulación vigente, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

**Vinculo / Relación:** i) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos); ii) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyuge o compañera/o permanente de la PEP); y iii) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

**INFORMACION ADICIONAL PERSONA NATURAL**

INGRESO MENSUAL \$ **N.A** OTROS INGRESOS MENSUALES \$ **N.A** TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ **N.A** TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ **N.A**

TOTAL ACTIVOS \$ **N.A** TOTAL PASIVOS \$ **N.A**

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS **N.A**

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO

IMPORTACIONES  EXPORTACIONES  INVERSIONES  TRANSFERENCIAS  PRESTAMOS EN MON. EXTRANJ.  PAGO DE SERVICIOS

OTRO  DETALLE: \_\_\_\_\_

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI  NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): \_\_\_\_\_

6. Origen de ingresos: De mi actividad económica  Otros  ¿Cuáles? **N.A**

**CONSTANCIA DE ASESORIA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

**AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y GESTIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero, comercial, gestionar la cartera vencida y, tratar los datos para desarrollar las actividades propias del contrato de seguro.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL, VERSIÓN 1.0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA) SI PRESENTE DOCUMENTOS DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE NO COMPROMETE A Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiere el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe exclusión del (los) Riesgo (s), en aprobación y aceptación expresa sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.



### FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

Asesora Solidaria  
S.A. COOP. 1991

SUSCRIPCIÓN  SINIESTROS

¿ESTÁ EL ASEGURADO AFIANCANDO O BENEFICIARIO? INDIQUE EL VEHÍCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR: LABORAL  FAMILIAR  COMERCIAL  SIN VEHÍCULO

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)			
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> CÉDULA <input type="checkbox"/> OTRO	NÚMERO 9066233	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN DIA MES AÑO
PRIMER APELLIDO CARMONA	SEGUNDO APELLIDO PAJARES	PRIMER NOMBRE JOSE	SEGUNDO NOMBRE ANTONIO
DIRECCIÓN DOMICILIO CALLE JENYRA - SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, N 2883L	CIUDAD/ESTADO Cartagena	DEPARTAMENTO Bolívar	NACIONALIDAD Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO Hruizmercado@hotmail.com	TELÉFONO CELULAR 3205053455	TELÉFONO DOMICILIO 6416601	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO 20071942X	ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>		
ACTIVIDAD ECONÓMICA RELABORADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> BOGOSO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RESERVISTA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	DETALLE No trabajo		

MARQUE CON UNA (X), SEGUN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):  
 1. ¿Es Unidad Familiar de una PEP?  SI  NO   
 2. ¿Es Unidad PEP de Organizaciones Internacionales?  SI  NO   
 3. ¿Es Unidad un PEP extranjero?  SI  NO

En caso de diligenciar SI, por favor detalle sus relaciones:  
 Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vínculo con la PEP: \_\_\_\_\_  
 Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vínculo con la PEP: \_\_\_\_\_  
 Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vínculo con la PEP: \_\_\_\_\_

**Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP):** I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado, y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

**Vínculo / Relación:** I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo grado de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero permanente de la PEP), y III) Primer grado civil (hijos adoptivos o padres adoptivos).

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL			
INGRESO MENSUAL \$ N.A	OTROS INGRESOS MENSUALES \$ N.A	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ N.A	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ N.A
TOTAL ACTIVOS \$ N.A	TOTAL PASIVOS \$ N.A		
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS N.A			

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA?  SI  NO   
 IMPORTACIONES  EXPORTACIONES  INVERSIONES  TRANSACCIONES  CRÉDITOS EN MON. EXTRANJ.  PAGO DE SERVICIOS

OTRO  DETALLE

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarlos conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Asesora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Asesora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):  
 6. Origen de ingresos: De mi actividad económica  Otros  ¿Cuáles? N.A

**CONSTANCIA DE ASESORIA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1325 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

**AUTORIZACIÓN PARA REPORTAR A CENTRALES DE RIESGO Y GESTIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASESORADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos secundariamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero, comercial, gestión la cartera vencida y tratar los datos para desarrollar las actividades propias del contrato de seguro.

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR OLIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA) EN PRESENTE DOCUMENTO. Este documento se redacta ÚNICAMENTE para que en efectivo exhiba el 1991 (Rango 1991) de conocimiento del cliente en cumplimiento a Asesora Solidaria de Colombia. Este documento se redacta ÚNICAMENTE para el tema de verificación de intermediaciones y por lo tanto la aprobación de la aplicación del seguro. La aprobación por aplicación está sujeta al cumplimiento de los requisitos establecidos por la Compañía para el tema de verificación de intermediaciones y por lo tanto la aprobación de la aplicación del seguro.

## LIQUIDACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

Sujeto a las condiciones de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, y a las condiciones Generales y Particulares de la póliza SOLICANASTA No. 994.000.000.003, en la que figura como asegurado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ Yo, JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES Mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.9.066.233, actuando en nombre propio, En calidad de beneficiario de ley de la póliza citada, bajo el siniestro número 440-21-2021-3395 con el registro único de Indemnización RUI - 70113, de manera libre, consciente y voluntaria manifiesto lo siguiente:

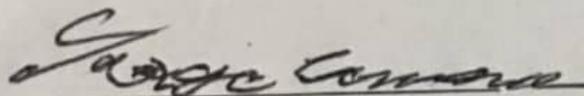
Que Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa me reconocerá como pagó único, total y definitivo de la indemnización derivada del AMPARO BASICO DE MUERTE del asegurado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ, la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE \$2.200.000.

Por lo anterior, autorizo a **Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa**, a efectuar el pago de la indemnización a la cuenta de Ahorros ( ) o Corriente ( ) número \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_, cuyo titular es el beneficiario JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES.

En caso de no contar con cuenta bancaria autorizó que el pago sea generado por ventanilla a través del Banco de Bogotá.

En virtud de lo anteriormente acordado se dispone lo siguiente:

1. Una vez cumplidas las obligaciones suscritas en el presente acuerdo por parte de Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa y el beneficiario, se declaran a paz y salvo de todo concepto.
2. En caso de aparecer otras personas con igual o mejor derecho a reclamar, El beneficiario se compromete a mantener indemne a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, y en consecuencia, procederá a reconocer la cuota parte que por ley corresponda.
3. Así mismo le informamos que es necesario diligenciar el **FUCC "Formato único de conocimiento del cliente"** el cual anexamos y que resulta indispensable para continuar con el reconocimiento del pago.
4. Agradecemos remitir los documentos firmados al correo [liquidacionespersonas@solidaria.com.co](mailto:liquidacionespersonas@solidaria.com.co)



Firma Asegurado/ Beneficiario

CC 9.066.233



Huella índice derecho

*Nota: El presente documento deberá ser autenticado en notaria, si la suma a indemnizar supera los 12 SMMLV.*

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
REGULADA POR LA LEY 1712 DE 2014

IDENTIFICACION 73.122.735  
CARRONNA HERNANDEZ

PARIENTE  
MARCOS FIDEL

ESTADO CIVIL

*M. Carronna*  
Firma



FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1966

VALENCIA  
COORDINATA  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

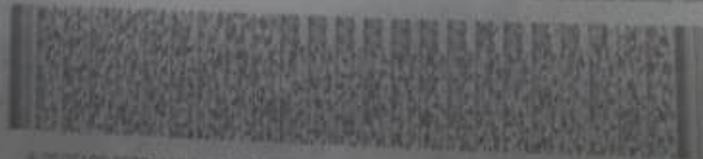
M  
SEXO

06-DIC-1984 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *M. Carronna*

RENDE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CAROLINA ANGEL RAMIREZ TORRES



A-0000100-00391112-M-0073122726-20120801

0020720015A-2

001812A07



REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION  
Fecha de inscripción: 66 08 30

23412423

3	Oficina (Notaría, Consulado, Registraduría Estatal, etc.) <b>REGISTRADURIA MUNICIPAL</b>	4	Municipio y Departamento <b>VALENCIA CORDOBA</b>	5	Código <b>2620</b>
---	---	---	---	---	-----------------------

SECCION GENERAL					
8	Primer apellido <b>CARMONA</b>	9	Segundo apellido <b>HERNANDEZ</b>	11	Nombre(s) <b>MARCOS FIDEL</b>
2	Sexo <b>MASCULINO</b>	10	Fecha de nacimiento Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> <b>30 Agosto</b>	13	Año <b>1.966</b>
14	País <b>Colombia</b>	15	Departamento <b>Córdoba</b>	16	Municipio <b>Valencia</b>

SECCION ESPECIFICA						
17	Círculo, Hospital, Dirección de la Casa, Vereda, Corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento <b>Barrio La Cruz</b>				18	Sexo
19	Documento presentado (antecedente del Cart. medio o Acta de registro) <b>Datos tomados de la alfabetica</b>				20	Profesión del profesional que certifica el nacimiento
22	Apellidos (de esposa) <b>Hernandez Suarez</b>		Nombre(s) <b>Idalides Antonia</b>		24	Educación
	Identificación (clase y número) -----		25	Nacionalidad <b>Colombiana</b>	26	Profesión u oficio <b>Hogar</b>
28	Apellidos <b>Carmona Payares</b>		Nombre(s) <b>Jorge Antonio</b>		30	Educación
	Identificación (clase y número) <b>C.C.# -----</b>		31	Nacionalidad <b>Colombiano</b>	32	Profesión u oficio <b>Obrero</b>

34	Identificación (clase y número) <b>c.c.# 73.122.736 Cartagena Bol.</b>		35	Firma (autógrafa)
	Dirección postal <b>Barrio Olaya Cartegana Bol.</b>		36	Firma (autógrafa) <i>M. Carmona</i> <b>Marco Fidel Carmona H.</b>
38	Identificación (clase y número) -----		37	Nombre
	Domicilio (Municipio) -----		38	Firma (autógrafa)
42	Identificación (clase y número) -----		41	Nombre
	Domicilio (Municipio) -----		42	Firma (autógrafa)

FECHA DE INSCRIPCIÓN (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE HIJITO)			
44	Día <b>28</b>	47	Mes <b>Agosto</b>
46	Año <b>1.995</b>		

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



Una Nueva Identificación firmada. A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

Forma del Padre  
Nro. Documento de Identidad  
Sucesos, Compilado del Padre

Forma de la Madre  
Documento de Identidad  
Sucesos, Compilado de la Madre

# REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Procesación Resolutoria

Nombre del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento (64) Nombre del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento

## (61) NOTAS

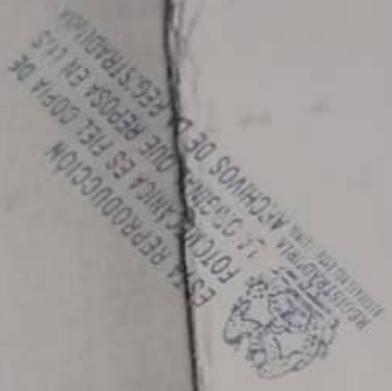
A solicitud del interesado este serial reemplaza al fol # 8723005 por encontrarse deteriorado.

Registro Civil de NACIMIENTO, SERIAL 23412423----- VALIDO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO-----VALIDO SIN SELLO.-----



Para constancia, se firma el presente a los Treinta (30) días del mes de Julio de Dos mil Veintiuno (2021).

**JULIO RAFAEL ERAZO CAUSIL**  
Registrador Municipal del Estado Civil



**Registraduría Municipal**  
**Valencia córdoba**  
Calle 12 No. 20-172 B/ El Centro Tel 777 3078  
valenciacordoba@registraduria.gov.co



REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial

0 7069399

Departamento de la oficina de registro							C 3 X	
Clase de oficina	Registraduría	Número	Consulado	Carrizmales	Insp. de Policía	Código		
COLOMBIA - BOLIVAR - CARTAGENA								

Detalles del muerto

**CARMONA HERNANDEZ MARCOS FIDEL**

C.C. 73.122.735 (Clase y número)

**MASCULINO** (Sexo del Falleado)

Detalles de la defunción

Lugar de la Defunción: **COLOMBIA - BOLIVAR - CARTAGENA**

Fecha de la defunción: Año 2021, Mes JUN, Día 15, Hora 21:00

Número de certificado de defunción: 72781014-1

Presencia de defensor:  (Sí)  (No)

Defensor: **TORRES BAHAMON WILSON RAFAEL**

Detalles del denunciante

Apellidos y nombres completos: **NORIEGA CASTELLAR JUAN CARLOS**

Documento de identificación (Clase y número): **C.C. 72.176.048**

*[Firma manuscrita]*

Primer testigo

Apellidos y nombres completos: **\*\*\*\*\***

Documento de identificación (Clase y número): **\*\*\*\*\***

*[Firma manuscrita]*

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **\*\*\*\*\***

Documento de identificación (Clase y número): **\*\*\*\*\***

*[Firma manuscrita]*

Fecha de inscripción: Año 2021, Mes JUN, Día 21

**MARIA PAULINA BOHNER GUERRA**

ESPACIO PARA NOTAS

SE INSCRIBE POR ORDEN DE LA FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN, PISCAL SECCIONAL 7 ORI DE CARTAGENA, OFICIO 2642 del 16-06-2021.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DEL COLOMBIA  
IDENTIFICACION

CEDULA DE IDENTIFICACION

1.000.221

CARRMONA PUYALES

APELLIDOS

JORGE ANTONIO

NOMBRES

*Jorge Antonio Carrmona Puyales*

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1942

CERETE  
(CORDOBA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73  
ESTATURA

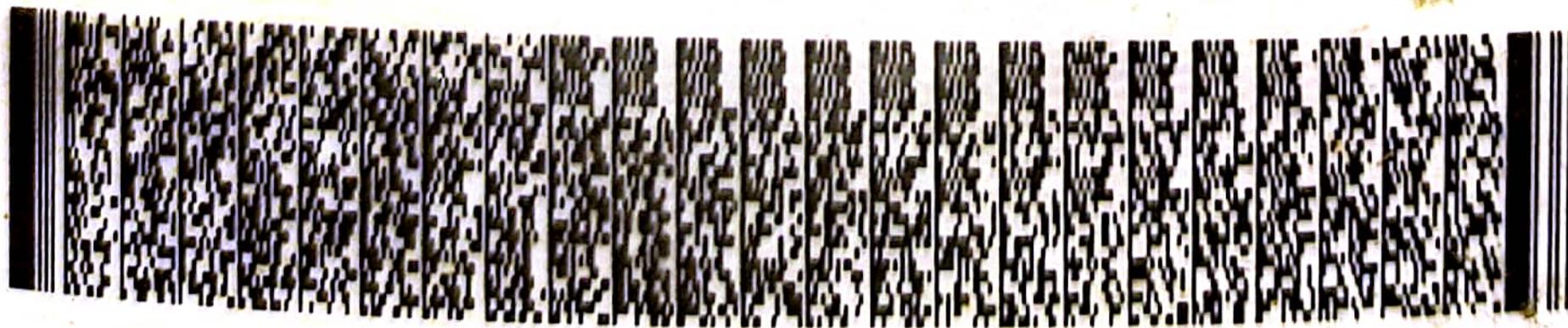
O+  
G.S. RH

M  
SEXO

09-SEP-1969 CARTAGENA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0500150-00125262-M-0009066233-20081106

0005379020A 1

6020016036

COLOMBIA  
PERSONAL  
CIUDADANIA

NUMERO 9.906.233

CARMONA PAYARES

APELLIDOS

JORGE ANTONIO

NOMBRES

*Jorge Carmona*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ABR-1939**

**LORICA**  
(CORDOBA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.48**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**13-DIC-1994 CARTAGENA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez*  
REGISTRADOR NACI  
CARLOS ARIEL SANCHEZ

A-0500700-00210153-F-0045765300-20100122      0020211716A 1      6270613

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **45.765.300**

**HERNANDEZ SUAREZ**  
APELLIDOS

**IDALIDES ANTONIA**  
NOMBRES

**NO FIRMA**  
FIRMA



Cartagena de indias D.T Y C 16 de diciembre del 2022

**SEÑOR**

**JUEZ PRIMERO FAMILIA DEL CIRCUITO DE CARTAGENA**

**RAD: 13001311000120220010100**

**DEMANDANTE: ELIZABETH FRANCO ORTEGA**

**DEMANDADO: JORGE ANTONIO CARMONA, IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ, Y HEREDEROS INDETERMINADOS DEL FINADO MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ.**

**HUGO CASTOR RUIZ MERCADO**, Varón mayor de edad e identificado con cedula ciudadanía N°9.099.509 y T.P 119.332 del C.S. de la J, actuando en calidad de apoderado especial de la señora **IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ** y el señor **JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES**, demandados dentro del proceso de la referencia, Comedidamente me dirijo a usted para manifestarle que en virtud al memorial poder a mi conferido, encontrándome dentro de la oportunidad procesal respectiva, descorro traslado , contestando la demanda de la referencia, incoada en contra de mi patrocinada, lo cual hago teniendo en cuenta los siguientes términos.

#### **I. FRENTE A LAS PETICIONES**

Me opongo a la pretensión propuesta por la parte actora en la demanda, mas concretamente frente a la solicitud elevada para que se declaró la existencia de unión marital de hecho, entre la señora **ELIZABETH FRANCO ORTEGA Y EL FINADO MARCO FIDEL CARMONA HERNÁNDEZ**.

1.Declarar no probada la existencia de la unión marital de hecho, en la **señora ELIZABETH FRANCO ORTEGA Y EL FINADO MARCO FIDEL CARMONA HERNANDEZ QEPD**, toda vez que no se configuro una convivencia permanente y singular, durante los últimos 5 años a la luz del artículo primero de la ley 54 de 1990.

2.Que se condene en costas y gastos procesales a la señora **ELIZABETH FRANCO ORTEGA**, por haber promovido la presente demanda.

## II. FRENTE A LOS HECHOS

PRIMER HECHO: Es parcialmente cierto.

Es cierto: que el finado, **MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ QEPD**, sostuvo una relación sentimental con la señora **ELIZABETH FRANCO ORTEGA**.

No es cierto: en cuanto a la unión marital de hecho, que establece la parte actora, toda vez que la señora **ELIZABETH FRANCO**, abandono al finado **MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ** hace más de cinco (5) años, en la cual no convivio con la demandante, **ELIZABETH FRANCO ORTEGA**, ni concibió una comunidad de vida permanente y singular, como lo establece el artículo primero de la ley 54 de 1990.

No es cierto: que la relación se haya prolongado hasta el día 15 junio del año 2021, toda vez que la demandante se trasladó a la ciudad de Montería, dónde estableció residencia, con la persona por la cual decidió abandonar al finado, hace más de cinco (5) años; se aclara que el finado fallece producto de las lesiones causadas en accidente de tránsito; fue así como se hizo presente la fiscalía, y al requerir a la esposa o compañera permanente, para la entrega del cuerpo del finado, no fue posible, toda vez que este fallece en los brazos de su señora progenitora, **IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ** pues al no existir compañera permanente o esposa, era apenas lógico que su progenitora asumiera tales menesteres. (Este hecho se verifica con el acta de entrega del cadáver) dónde se constata que el mismo fue entregado a su hermano **ORLANDO CARMONA HERNANDEZ (SE ANEXA EL ACTA MENCIONADO)**

SEGUNDO HECHO: Parcialmente cierto.

Es cierto: que la relación inicio en la ciudad de Cartagena.

No es cierto: que se haya configurado una convivencia permanente y singular, como lo establece el artículo primero de la ley 54 de 1990, habida consideración, que la misma se interrumpió en el momento que la señora **ELIZABETH FRANCO ORTEGA** decide abandonar al finado **MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ**, esto fue hace más de cinco (5) años.

TERCER HECHO: No es cierto.

No es cierto: por cuánto el finado, tenía dos 2 residencias, debido a que se encontraba en un estado civil de soltero; amen que casi todos los fines de semana, se trasladaba al barrio Olaya Herrera, sector la Magdalena, en la residencia de su progenitora **IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ**, proceder que solía hacer en busca de refugio, debido

a su estado de soltería; se aclara que el mismo iba a la dirección relacionada en el libelo demandatorio a llevar la provisión a sus mascotas; teniendo en cuenta que la demandante lo había abandonado y tenía más de cinco 5 años que no convivía con el, no compartiendo por tanto, techo, cama y lecho; situación que quedo al descubierto en la resolución número **SUB 247964 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2021; RADICADO: 2021\_8456328-2021\_9063159**, emitida por la administradora colombiana de pensiones, Colpensiones. (Se anexa dicha resolución)

CUARTO HECHO: es cierto.

QUINTO: No me consta, que lo pruebe la demandante.

### **III. EXCEPCIONES**

Nos permitimos proponer las siguientes pretensiones de fondo:

#### **INEXISTENCIA DE UNIÓN MARITAL DE HECHO.**

Toda vez que la señora ELIZABETH FRANCO ORTEGA, abandono al finado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ hace más de cinco (5) años, en la cual no convivio con la demandante, ni concibió una comunidad de vida permanente y singular, como lo establece el artículo primero de la ley 54 de 1990.

#### **FALTA DE LEGITIMIDAD EN LA CAUSA POR ACTIVA**

Si bien, existió una relación sentimental, está no se prolongó en el tiempo y el espacio, compartiendo de manera singular y permanente, no compartieron techo, cama y lecho; no se evidencia posesión notoria, trato publicidad, asistencia a eventos sociales en pareja, veladas, que cuente con el reconocimiento de la comunidad, donde supuestamente cohabitaban, atendiendo a la dirección de residencia del barrio Nelson Mandela, toda vez que el trabajo investigativo realizado por Colpensiones, quedo demostrado que no hubo convivencia en los últimos 5 años, estableciéndose que el finado , MARCOS FIDEL CARMONA HERNÁNDEZ, estaba soltero y tenía dos 2 lugares de residencia.

#### **PRONUNCIAMIENTO ADMINISTRATIVO DE COLPENSIONES**

Se advierte al despacho que la resolución, **SUB 247964 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2021; RADICADO: 2021\_8456328-2021\_9063159**, emitida por la administradora colombiana de pensiones, Colpensiones. En el acápite de resuelve, en su **artículo primero**: reconoce y ordena el pago de una pensión de sobreviviente, con ocasión del fallecimiento de CARMONA HERNANDEZ MARCO FIDEL, a partir del 15 de junio del

2021, a HERNANDEZ SUARES IDALIDES ANTONIA, en calidad de padre o madre, con un porcentaje del 100%, la pensión reconocida es de carácter vitalicio. (se anexa resolución) Y en **artículo tercero**: niega el reconocimiento de la pensión de sobreviviente, con ocasión del fallecimiento de **CARMONA HERNANDEZ MARCO FIDEL**, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente resolución a FRANCO ORTEGA ELIZABETH, ya identificada en calidad de compañera

#### **FALTA DEL REQUISITO MININO DE CONVIVENCIA**

Concluye la corte que el "requisito mínimo de convivencia que exige el artículo 13 de la ley 797 de 2003, es de 5 años", en este caso, la demandante **ELIZABETH FRANCO ORTEGA**, no cumple con este requisito, frente a la supuesta convivencia con el finado **MARCO FIDEL CARMONA HERNANDEZ**. Por cuanto la relación no se prolongó hasta el día 15 junio del año 2021, toda vez que la demandante se trasladó a la ciudad de Montería, dónde estableció residencia, con la persona por la cual decidió abandonar al finado, hace más de cinco (5) años; se aclara que el finado fallece producto de las lesiones causadas en accidente de tránsito; fue así como se hizo presente la fiscalía, y al requerir a la esposa o compañera permanente, para la entrega del cuerpo del finado, no fue posible, toda vez que este fallece en los brazos de su señora progenitora, **IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ** pues al no existir compañera permanente o esposa, era apenas lógico que su progenitora asumiera tales menesteres. (Este hecho se verifica con el acta de entrega del cadáver) dónde se constata que el mismo fue entregado a su hermano **ORLANDO CARMONA HERNANDEZ (SE ANEXA EL ACTA MENCIONADO)**

#### **IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

##### **LEGALES**

**LEY 979 DE 2005**, Por medio de la cual se modifica parcialmente la **LEY 54 DE 1990** y se establecen unos mecanismos ágiles para demostrar la unión marital de hecho y sus efectos patrimoniales entre compañeros permanentes.

##### **CONSTITUCIONAL**

**LA CORTE CONSTITUCIONAL**, Mediante sentencia **C-336 de 2014** estableció reglas para acceder a la pensión de sobreviviente, determinando que la existencia de convivencia de 5 años recae sobre el afiliado y pensionado sin distinción alguna.

## **V. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS:**

### **POR LA PARTE DEMANDANTE:**

#### **DOCUMENTALES:**

Me acojo a las pruebas documentales aportadas por el apoderado del extremo actor y solicito sean valoradas de forma integral, en conjunto, y de acuerdo a las reglas de la sana crítica, junto con los demás medios de prueba que hagan parte del acervo probatorio.

#### **TESTIMONIALES:**

Se acogen testimonios deprecados, por el extremo demandante y si fueren decretados por el despacho, se solicita la oportunidad para contrainterrogarlos en la fecha y hora que para el efecto se señalare.

### **POR LA PARTE DEMANDADA:**

#### **DOCUMENTALES:**

Con el objeto de probar, la inexistencia de la unión marital de hecho, demandada por la contraparte, me permito aportar los medios de prueba documentales, que fueron obtenido de manera legal, y que comportan una información útil, conducente, pertinente y veraz, que permite al administrador de justicia, el esclarecimiento de los hechos materia de investigación familiar.

-la resolución número **SUB 247964 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2021; RADICADO: 2021\_8456328-2021\_9063159**, emitida por la administradora colombiana de pensiones, Colpensiones.

1-FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA NATURAL (ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA) IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ

2-LIQUIDACION DE INDEMNIZACION- (ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA) IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ

3-FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA NATURAL (ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA) JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES

4-LIQUIDACION DE INDEMNIZACION –(ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA)  
JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES

5-DECLARACION CON FINES EXTRAPROCESALES RENDIDA ANTE LA NOTARIA QUINTA  
DE CARTAGENA- DECLARANTE: JOSE FERNANDO JULIO TERAN

6-DECLARACION CON FINES EXTRAPROCESALES RENDIDA ANTE LA NOTARIA QUINTA  
DE CARTAGENA- DECLARANTE: MERCED COGOLLO ORTEGA

7-REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION - MARCOS FIDEL CARMONA HERNANEZ.

8-REGISTRO DE NACIMIENTO – MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ

9-CEDULA DE CIUDADANIA – MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ

10-CEDULA DE CIUDADANIA – IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ

11-CEDULA DE CIUDADANIA – JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES

12- PODER - IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ

13- PODER- JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES

**TESTIMONIALES:**

Solicito al despacho se cite a las siguientes personas para que ilustren el proceso en lo relacionado con el vinculo entre el finado MARCO FIDEL CARMONA HERNANDEZ y la señora ELIZABETH FRANCO, describiendo y aclarando los diferentes hechos que conciernen en esta litis, ellos son:

El señor MERCED COGOLLO ORTEGA, identificado con CC. 3.813.813, quien puede ser ubicado en el BARRIO OLAYA HERRERA SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, NUMERO 70B 49, TELEFONO: 3154861318 DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

El señor JOSE FERNANDO JULIO TERAN, identificado con CC. 3.813.813, quien puede ser ubicado en el BARRIO OLAYA HERRERA SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, NUMERO 72B 49, TELEFONO: 3106489888 DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

El señor OMAR CARMONA HERNANDEZ, identificado quien puede ser ubicado en el BARRIO OLAYA HERRERA, SECTOR SARA BANDA, TELEFONO: 3107355891 DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

El señor ORLANDO CARMONA HERNANDEZ, identificado quien puede ser ubicado en el BARRIO OLAYA HERRERA, SECTOR SARA BANDA, TELEFONO: 3176152302 DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

## **NOTIFICACIONES**

El suscrito las recibirá en el BARRIO OLAYA HERRERA SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, NUMERO 70B 32, EN LA CUIDAD DE CARTAGENA.

O a través de su dirección electrónica [hruizmercado@hotmail.com](mailto:hruizmercado@hotmail.com)

La parte demandante las recibirá en la dirección indicada con el escrito de la demanda.

Del señor juez, atentamente



**HUGO CASTOR RUIZ MERCADO**  
**CC.9.099.509**  
**T.P 119-332 del C.S. de la J**

Cartagena de Indias D T y C 15 Diciembre de 2022

**SEÑOR  
JUEZ PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE CARTAGENA  
E. S. D.**

**ASUNTO: PODER**

**IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ** Mujer, mayor de edad identificada con C.C. 45.765.300, domiciliada en el Barrio OLAYA HERRERA, SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, NUMERO 70B 32, en mi calidad de demandada, dentro del proceso de la radicación: **101/2022**, acudo a usted para manifestarle que confiero poder especial amplio y suficiente en cuanto a derecho se refiere al doctor **HUGO CASTOR RUIZ MERCADO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 9.099.509 de Cartagena y T.P. No. 119-332 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación presente, **CONTESTE LA DEMANDA, PRESENTE EXCEPCIÓNES PREVIAS, DE MERITO O DE FONDO.**

Mi apoderado queda ampliamente facultado para recibir, conciliar, sustituir, reasumir, renunciar, desistir, transigir, interponer recursos, y en general todas aquellas facultades inherentes al mandato tal como lo establece el artículo 77 y siguiente del Código de Procedimiento Civil.

Sírvase señor juez reconocer personería jurídica para actuar al Dr. **HUGO CASTOR RUIZ MERCADO.**

Relevo a mi apoderado, multas, costas y gastos.

Atentamente,

**ACEPTO**

**IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ  
C.C.No. 45.765.300**

**HUGO CASTOR RUIZ MERADO  
C.C.No. 9.099.509 de Cartagena  
T.P.No. 119-332 del C. S. de la J.**

Cartagena de Indias D T y C 15 Diciembre de 2022

**SEÑOR  
JUEZ PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE CARTAGENA  
E. S. D.**

**ASUNTO: PODER**

**JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES** Varón, mayor de edad identificado con C.C. **9066233**, domiciliada en el Barrio OLAYA HERRERA, SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, NUMERO 70B 32, en mi calidad de demandada, dentro del proceso de la radicación: **101/2022**, acudo a usted para manifestarles que confiero poder especial amplio y suficiente en cuanto a derecho se refiere al doctor **HUGO CASTOR RUIZ MERCADO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 9.099.509 de Cartagena y T.P. No. 119-332 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación presente, **CONTESTE LA DEMANDA, PRESENTE EXCEPCIÓNES PREVIAS, DE MERITO O DE FONDO.**

Mi apoderado queda ampliamente facultado para recibir, conciliar, sustituir, reasumir, renunciar, desistir, transigir, interponer recursos, y en general todas aquellas facultades inherentes al mandato tal como lo establece el artículo 77 y siguiente del Código de Procedimiento Civil.

Sírvase señor juez reconocer personería jurídica para actuar al Dr. **HUGO CASTOR RUIZ MERCADO.**

Relevo a mi apoderado, multas, costas y gastos.

Atentamente,

**ACEPTO**

**JORGE ANTONIO  
CARMONA PAYARES  
C.C.No9066233**

**HUGO CASTOR RUIZ  
C.C.No. 9.099.509 de Cartagena  
T.P.No. 119-332 del C. S. de la J.**

## Rv: Poder



You

To ihernandezsuarez@hotmail.com

Yesterday

...



poder

DOCX - 14 KB

Buenas días, señora IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ, a continuación envío poder para ejercitar su defensa dentro del proceso de declaracion de unión marital de hecho, promovido por la señora ELIZABETH FRANCO ORTEGA, sírvase firmarlo y enviárlolo a mi correo.

New Message ↓



Idalides Hernández Suárez

To You

9:45 AM

...



poder

DOCX - 15 KB

Recibido, dr HUGO CASTOR RUIZ, Manifiesto que le confieso poder especial, para que defienda mis derechos e intereses.

...



You

Yesterday

To Jcarmonapayares@hotmail.com



poder J  
DOCX - 15 KB

Buenas tardes, señor JORGE CARMONA HERNÁNDEZ a continuación envío poder para ejercitar su defensa dentro del proceso de declaratoria de existencia de la unión marital de hecho, promovido por la señora ELIZABETH FRANCO ORTEGA. Sírvase firmarlo y enviarlo a mi correo.

New Message ↓



Jorge Carmona payares

9:49 AM

To You



poder J  
DOCX - 15 KB

Recibido, dr HUGO CASTOR RUIZ, Manifiesto que le confieso poder especial, para que defienda mis derechos e intereses.



Muchas gracias.

Gracias por confirmar.

Gracia



Reply

ACTA NÚMERO : 13430

DECLARACION CON FINES EXTRAPROCESALES RENDIDA  
ANTE LA NOTARIA QUINTA DE CARTAGENA  
(Decreto 1557 del 14 de julio de 1.989).

En la ciudad de Cartagena de Indias, capital del Departamento de Bolívar, en la República de Colombia a los doce (12) día (s) del mes de octubre del año dos mil veintiuno (2021) ante mí, ELITH ZUÑIGA PEREZ, Notaria Quinta Principal de éste Círculo Notarial, compareció MERCED COGOLLO ORTEGA, de 73 años de edad, de Nacionalidad Colombiana, con domicilio y residente en EL barrio OLAYA H SC LA MAGDALENA CL 35 N° 70B 49, Tel. No 3154861318, de estado civil: UNION LIBRE, identificado con cédula de ciudadanía N° 3.813.813, de profesión u oficio: CONFECCION, quien manifiesta:

- No me comprenden las generalidades de ley para con la Notaria Quinta de Cartagena.
- Las declaraciones contenidas en este documento, las rindo bajo la gravedad del juramento, y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso.
- Efectúo esta declaración bajo mi única responsabilidad, la cual será usada para fines extraprocesales.

Y declaro:

Que conozco de trato vista y comunicación desde hace más de 30 años a la señora IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ identificada con la cedula N° 45.765.300, y por lo que se de ella se y me consta que dependía económicamente y en todos los sentidos de su hijo MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ identificado en vida con la cedula N° 73.122.735, quien falleció el día 15 JUNIO del 2021, al momento de su fallecimiento él no estaba casado, ni por lo civil, ni católico, ni ningún rito, no hacia vida marital con persona alguna, no dejo hijos, ni naturales, ni extramatrimoniales, ni adoptados, ni por adoptar, ni dejo mujer embarazada, SU ESTADO CIVIL ERA DE COMPLETA SOLTERIA, que no existe otra persona con igual o mejor derecho que la Sra. IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ como su madre y única beneficiaria de su hijo fallecido.

Esta declaración la hacemos con destino a: ENTIDAD PERTINENTE

Se pagaron derechos notariales según Resolución No. 0536 del 22 de enero de 2021...\$13.800, más IVA...\$2.622. /.

Así lo dijo y suscribió, por ante mí y conmigo el Notario que doy fe.

J. EL DECLARANTE.-

*Merced Cogollo*

MERCED COGOLLO ORTEGA,  
C.C. 3813713

LA NOTARIA QUINTA PRINCIPAL  
ELITH ZUÑIGA PEREZ

mc

NOTA: SEÑOR USUARIO, LEA CUIDADOSAMENTE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMARLO, DESPUES DE SUSCRITO NO SE ACEPTAN CORRECCIONES

ACTA NÚMERO: 13431

DECLARACION CON FINES EXTRAPROCESALES RENDIDA  
ANTE LA NOTARIA QUINTA DE CARTAGENA  
(Decreto 1557 del 14 de julio de 1.989)

En la ciudad de Cartagena de Indias, capital del Departamento de Bolívar, en la República de Colombia a los doce (12) día (s) del mes de octubre del año dos mil veintiuno (2021), ante mí, ELITH ZUÑIGA PEREZ, Notaria Quinta Principal de éste Circulo Notarial, compareció: JOSE FERNANDO JULIO TERAN edad: 35 años de edad, de nacionalidad colombiana, con domicilio en cartagena y residente en el barrio Olaya sector la Magdalena, calle 35, No. 72B, tel.3106489888, estado civil union libre, identificado (a) con las Cédula de ciudadanía No. 92446925, de profesión u oficio: mecánico dental, quién manifiesta.

- No me comprenden las generales de ley para con la Notaria Quinta de Cartagena.
- Las declaraciones contenidas en este documento, las rindo bajo la gravedad del juramento, y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso.
- Efectúo ésta declaración bajo mi única responsabilidad, la cual será usada para fines extraprocesales.

Manifiesto que, conocí durante 10 años al finado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ, quien se identificó en vida con la cedula de ciudadanía N° 73.122.735, fallecido el día 15 DE JUNIO DE 2021, Me consta que al momento de su fallecimiento su estado civil, era soltero, sin union marital de hecho, pues no convivio con persona alguna, no dejo hijos, ni reconocidos, ni por reconocer, ni matrimoniales, ni extra matrimoniales, ni adoptivos, ni en proceso de adopción, SU ESTADO CIVIL ERA DE COMPLETA SOLTERIA, su madre IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ, identificada con cedula N° 45.765.300, dependía económicamente y en todos los sentidos del finado. Que no existen otras personas con igual o mejor derecho que el de su madre para reclamar.

Esta declaración la hago con destino a: ENTIDAD PERTINENTE

Se pagaron derechos notariales según Resolución No.00536 del 22 de agosto de 2021 ..\$13.800, más IVA ..\$2.622. /.

  
Jose Fernando T  
EL DECLARANTE.  
JOSE FERNANDO JULIO TERAN  
C. C. 92 446 925

  
LA NOTARIA QUINTA PRINCIPAL  
ELITH ZUNIGA PEREZ  
lmb

NOTA: SEÑOR USUARIO, LEA CUIDADOSAMENTE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMARLO, DESPUES DE SUSCRITO NO SE ACEPTAN CORRECCIONES.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Costo que ASSEGUADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.asseguradora.com.co>; 2) Que son facultativos las respuestas a las preguntas sobre datos de salud, edad, enfermedades y hábitos que están sobre datos sensibles y en consecuencia no ha sido necesario responderlas; 3) Que como titular de la información no están los derechos a conocer, actualizar, rectificar, censurar y los demás previstos en las leyes 1296 de 2009 y 1581 de 2012.

Conforme de manera previa, expresa e informada a ASSEGUADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA que cualquier solicitud, consulta, reclamación o reclamo presentado por mí hacia esta aseguradora o sus asegurados, domiciliados en Colombia, con el fin de solicitar, incrementar o disminuir el monto de las prestaciones, se realizará a través de LA ASSEGUADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en su calidad de aseguradora, y no directamente con el asegurador, en el evento de que el asegurado o beneficiario de las prestaciones se encuentre en el extranjero, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 8 de la ley 1581 de 2012.

Reservado el derecho de solicitar, verificar, actualizar, censurar, ampliar, registrar, modificar, eliminar, transferir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, sensibles y no sensibles, así como los datos de salud, enfermedades, hábitos y demás previstos en las leyes 1296 de 2009 y 1581 de 2012, en todo momento, en cualquier momento y en cualquier lugar, siempre y cuando sea para los fines previstos en el presente consentimiento, así como para la participación en campañas promocionales a través de los sistemas online presenciales y no presenciales de la ASSEGUADORA.

Reservado el derecho de solicitar, verificar, actualizar, censurar, ampliar, registrar, modificar, eliminar, transferir, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis familiares de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el artículo precedente del presente consentimiento al artículo 17 del artículo 1581 de 2012.

Tratamiento y manejo mis datos personales a terceros países siempre que se respeten cumplir las facultades descritas o se encuentre regulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el titular cumple con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 8 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Declaro que la información, en todo tiempo, en forma y a través de cualquier medio, será veraz, exacta, actualizada, comprobada y comprensible.

Declaro y aseguro, en las condiciones previstas en el presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado.

Declaro que la información que se maneja a la Aseguradora sea veraz, exacta, actualizada, comprobada y comprensible.

Autoricar la información, comunicación de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que presento, lo he suministrado y aceptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a esta se mantenga actualizada.

Reservar la información cuando sea inexacta y notificar la pertinencia a la Aseguradora.

Conservar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo tratamiento sea estrictamente necesario de conformidad con lo previsto en la presente ley.

Según a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de equidad y primacía de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumpla las siguientes obligaciones:

- 1. Solo podrá los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le exparte el Titular de conformidad con sus Políticas de Tratamiento de Datos Personales.
- 2. La finalidad con la que obtiene los datos será la indicada por el Titular y en todo caso será la compatible con la actividad principal, intrínseca y esencial como el proceso de suscripción, renovación o indemnización.
- 3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tendrán una CONFIDENCIALIDAD de la información personal obtenida dentro la gestión del contrato de seguro.
- 4. Incluye e incluye a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre las procedimientos y las medidas de buena fe, administrativas y organizativas, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, respecto a la adecuada actualización en el momento sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

Parágrafo: Para el caso de los Comités de Seguros en Pólizas colectivas, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. deberá estar encargada de la información y los datos del grupo asegurado, suministrados por el beneficiario de la póliza, quien actuará como responsable de la información.

Parágrafo 2: De acuerdo con las Instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en el ámbito SURELAF, que imparte la Aseguradora, como beneficiario de la póliza manifiesto que por la forma de administración al producto, no es posible otorgar los formularios de justificación de los asegurados, en cuyo caso la información la Aseguradora le reservará en el momento de la presentación de la información (Solo Aplica para PÓLIZA DE GARANTÍA CHICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES).

**ACEPTACIÓN DE USO DE FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL**

Conviene con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, se harán operaciones electrónicas referencias a los contratos con los que me encuentro vinculado, o futuro o genere cualquier CONTRATACIÓN, DOCUMENTO, o bien a esta acción con mi firma electrónica o digital, para documentar que genere, transmita, con validez, fuerza, efectos, o autorice, así como cualquier otra que se realice a través de medios electrónicos o digitales, sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma física y cualquier que tenga actuaciones, documentos, o bien operaciones, tienen todos los efectos jurídicos.

Afirmo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad, hago constar que la información con la que se genera la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y responsable de esta vez que realice o autorice una transacción, genera un documento o orden, Resguardo como efectivamente realizadas de manera personal o con mi consentimiento e imparcialidad cualquier documento o orden que opere con mi firma electrónica o digital, otorgada y almacenada por la Aseguradora.

De conviene queamiento que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e independiente por lo cual me otorgo a:

- 1) Hacerme el control y la custodia de ella y de los datos de vinculación de la firma.
- 2) Actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de ella y de los datos de creación, asegurando las consecuencias de cualquier hecho.
- 3) Informar cualquier situación anormal que se presente.
- 4) Utilizar la firma únicamente para los usos y servicios a las condiciones establecidas con la Aseguradora.
- 5) Si solicitar la renovación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firma o las operaciones.

Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme o ordene según el caso, manteniendo la calidad de cliente de la Aseguradora.

**FIRMA Y HUELLA**

Como evidencia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus puntos, en el presente documento a las \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_

*Idalides Antonia Hernandez?*

*[Firma manuscrita]*

**HOMBRE**

*[Firma manuscrita]*

**FIRMA E.C.**

*[Huella dactilar]*

**OBSERVACIÓN HUELLA**

**INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

LUGAR DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

---

En la calidad de intermediario y en representación a los usuarios por la Ciudad Latina, declaro que soy responsable del contenido y verificación de la información del solicitante, incluye la suscripción de la entrevista, como consecuencia de la misma, tanto a sus usuarios.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL INTERMEDIARIO**

\_\_\_\_\_  
**CARGO**

---

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL FUNCIONARIO ASSEGUADORA SOLIDARIA**

\_\_\_\_\_  
**CARGO**



## LIQUIDACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

Sujeto a las condiciones de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, y a las condiciones Generales y Particulares de la póliza SOLICANASTA No. 994.000.000.003, en la que figura como asegurado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ Yo, IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ, Mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 45765300, actuando en nombre propio y como beneficiaria de ley de la póliza citada, bajo el siniestro número 440-21-3395 con el registro único de Indemnización RUI - 70113, de manera libre, consciente y voluntaria manifiesto lo siguiente:

Que Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa me reconocerá como pagó único, total y definitivo de la indemnización derivada del AMPARO BASICO DE MUERTE del asegurado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ, la suma de valor (DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE) M/Cte. \$2.200.000.

Por lo anterior, autorizo a **Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa**, a efectuar el pago de la indemnización a la cuenta de Ahorros ( ) o Corriente ( ) número \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_, cuyo titular es el beneficiario IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ.

En caso de no contar con cuenta bancaria autorizó que el pago sea generado por ventanilla a través del Banco de Bogotá.

En virtud de lo anteriormente acordado se dispone lo siguiente:

1. Una vez cumplidas las obligaciones suscritas en el presente acuerdo por parte de Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa y el beneficiario, se declaran a paz y salvo de todo concepto.
2. En caso de aparecer otras personas con igual o mejor derecho a reclamar, El beneficiario se compromete a mantener indemne a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, y en consecuencia, procederá a reconocer la cuota parte que por ley corresponda.
3. Así mismo le informamos que es necesario diligenciar el EUCC "Formato único de conocimiento del cliente" el cual anexamos y que resulta indispensable para continuar con el reconocimiento del pago. (todos los campos son obligatorios, si no hay información colocar N/A o en datos financieros un cero ( \$ 0 ).
4. Agradecemos remitir los documentos firmados al correo [liquidacionespersonas@solidaria.com.co](mailto:liquidacionespersonas@solidaria.com.co)

*idalides antonia hernandez*

*th*

Firma Asegurado/ Beneficiario  
CC 45765300



Huella índice derecho

*Nota: El presente documento deberá ser autenticado en notaría, si la suma a indemnizar supera los 12 SMMLV.*



**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultadas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información me asientan los derechos a conocer, actualizar, rectificar, retirar y los demás previstos en las leyes 1581 de 2010 y 1581 de 2012.

Autorizo de manera expresa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tenga participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia o en el exterior, terceros contratados por esta o quienes la representen, en adelante LA ASEGURADORA, para: Recopilar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la historia clínica y datos sobre mi estado de salud, así como después de mi fallecimiento; entendiendo que la posibilidad de obtener copia de mi registro clínico, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 9 de la ley 1581 de 2012:

a) Recopilar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de LA ASEGURADORA. SI  NO

b) Recopilar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI  NO

c) Transferir y transmitir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulado por el artículo 29 de la ley 1581 de 2012. SI  NO

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el titular cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 7 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data.
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado.
3. Garantizar que la información que se suministra a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible.
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a esta se mantenga actualizada.
5. Rectificar la información cuando sea inexacta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora.
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento está previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley.
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, renovación e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instaurar e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

**Parágrafo:** Para el caso de los Contratos de Seguros en Régimen colectivo, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. actuará como encargada de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien actuará como responsable de la información.

**Parágrafo 2:** De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Levado de Activos y de la Penasación del Tarifario en adelante SARLAFT, que implementa la Aseguradora, como tomador de la póliza manifiesta que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregar los formularios de consentimiento de los asegurados, en cuyo caso la información la Aseguradora la recopilará en el momento de la presentación de la reclamación (Solo Aplica para POLIZA DE GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES)

**ACEPTACIÓN DE USO DE FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL**

Conviene con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, el inicio operaciones electrónicas referentes a los contratos con los que me encuentro vinculado, o autorizo o permito cualquier comunicación, documento, orden u otra actuación con mi firma electrónica o digital, cada documento que genere, operación que realice, firme, visado, orden o operaciones, bienen todos los efectos jurídicos.

Autorizo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad. Hago constar que fui informado que la captura de la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y recuperada cada vez que realice o autorice una transacción, genere un documento u orden. Reconozco como efectivamente realizadas de manera personal o bajo mi control y responsabilidad cualquier documento u orden que aparezca con mi firma electrónica o digital capturada y almacenada por la Aseguradora.

Se conviene igualmente que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e intransferible por lo cual me obligo a:

- 1) mantener el control y la custodia de ella y de los actos de creación de la firma,
- 2) actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de esta y de mis datos de creación, asumiendo las consecuencias de cualquier falla,
- 3) informar cualquier situación anormal que se presente,
- 4) utilizar la firma únicamente para los usos y conforme a las condiciones convenidas con la Aseguradora,
- 5) solicitar la revocación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firmas o las operaciones.

Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme u ordene según el caso, mientras tenga la calidad de cliente de la Aseguradora.

**FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus aspectos y que he leído y aceptado el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_.

*Stefano* *Yorgelama*

NOMBRE FIRMA HUELLA

**INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

LUGAR DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO CARGO

En mi calidad de intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular Insucre jurídica entiendo que soy responsable del redado y verificado de la documentación del subscritor incluido la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

**AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas, adolescentes y aquellas que versan sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociadas, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o alguna de las mismas, en adelante LA ASEGURADORA para:** Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 5 de la ley 1581 de 2012.

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. SI  NO

b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI  NO

c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el(a) artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI  NO

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCION)**

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente. Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data.
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado.
3. Garantizar que la información que se suministra a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible.
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada.
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora.
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley.
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la competitiva con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instaurar e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

**Parágrafo:** Para el caso de los Contratos de Seguros en Pólizas colectivas, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. actuará como encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien actuará como responsable de la información.

**Parágrafo 2:** De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementa la Aseguradora, como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregar los formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación (Solo Aplica para POLIZA DE GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES).

**ACEPTACION DE USO DE FIRMA ELECTRONICA O DIGITAL**

Convenio con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, si realizo operaciones electrónicas referentes a los contratos con los que me encuentro vinculado, o autorizo o genero cualquier comunicación, documento, orden u otra actuación con mi firma electrónica o digital, cada documento que genere, operación que realice, firme, valide, ordene o autorice, será vinculante y que la firma electrónica o digital, sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma física y reconozco que tales actuaciones, documentos, órdenes u operaciones, tienen todos los efectos jurídicos.

Autorizo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad. Hago constar que fui informado que la captura de la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y recuperada cada vez que realice o autorice una transacción, genere un documento u orden. Reconozco como efectivamente realizadas de manera personal o bajo mi control y responsabilidad cualquier documento u orden que aparezca con mi firma electrónica o digital, capturada y almacenada por la Aseguradora.

Se conviene igualmente que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e intransferible por lo cual me obligo a:

- 1) mantener el control y la custodia de ella y de los actos de creación de la firma;
- 2) actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de esta y de mis datos de creación, asumiendo las consecuencias de cualquier falta;
- 3) informar cualquier situación anormal que se presente;
- 4) utilizar la firma únicamente para los usos y conforme a las condiciones convenidas con la Aseguradora;
- 5) a solicitar la revocación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firmas o las operaciones.

Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme u ordene según el caso, mientras tenga la calidad de cliente de la Aseguradora.

**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 que el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_

*[Firma manuscrita]*

NOMBRE

*[Firma manuscrita]*

FIRMA  
C.C.



IMPRESION HUELLA

**INFORMACION ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCION)**

LUGAR DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

En mi calidad de intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular 00544 jurídica entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación:

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

CARGO

## LIQUIDACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

Sujeto a las condiciones de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, y a las condiciones Generales y Particulares de la póliza SOLICANASTA No. 994.000.000.003, en la que figura como asegurado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ Yo, JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES Mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.9.066.233, actuando en nombre propio, En calidad de beneficiario de ley de la póliza citada, bajo el siniestro número 440-21-2021-3395 con el registro único de Indemnización RUI - 70113, de manera libre, consciente y voluntaria manifiesto lo siguiente:

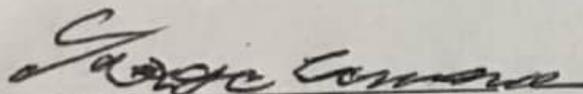
Que Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa me reconocerá como pagó único, total y definitivo de la indemnización derivada del AMPARO BASICO DE MUERTE del asegurado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ, la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE \$2.200.000.

Por lo anterior, autorizo a **Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa**, a efectuar el pago de la indemnización a la cuenta de Ahorros ( ) o Corriente ( ) número \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_, cuyo titular es el beneficiario JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES.

En caso de no contar con cuenta bancaria autorizó que el pago sea generado por ventanilla a través del Banco de Bogotá.

En virtud de lo anteriormente acordado se dispone lo siguiente:

1. Una vez cumplidas las obligaciones suscritas en el presente acuerdo por parte de Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa y el beneficiario, se declaran a paz y salvo de todo concepto.
2. En caso de aparecer otras personas con igual o mejor derecho a reclamar, El beneficiario se compromete a mantener indemne a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, y en consecuencia, procederá a reconocer la cuota parte que por ley corresponda.
3. Así mismo le informamos que es necesario diligenciar el **FUCC "Formato único de conocimiento del cliente"** el cual anexamos y que resulta indispensable para continuar con el reconocimiento del pago.
4. Agradecemos remitir los documentos firmados al correo [liquidacionespersonas@solidaria.com.co](mailto:liquidacionespersonas@solidaria.com.co)



Firma Asegurado/ Beneficiario

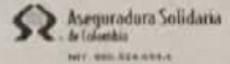
CC 9.066.233



Huella índice derecho

*Nota: El presente documento deberá ser autenticado en notaria, si la suma a indemnizar supera los 12 SMMLV.*

# FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL



NIT. 900.524.455-4

SUSCRIPCIÓN

SIENIESTOS

¿SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VINCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR: LABORAL  FAMILIAR  COMERCIAL  SIN VINCULO

**DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)**

TIPO DE DOCUMENTO:  C.C.  PASAPORTE  OTRO  CUIA No. 9066233

PRIMER APELLIDO: **Carmona** SEGUNDO APELLIDO: **Pajares** PRIMER NOMBRE: **Jorge** SEGUNDO NOMBRE: **Antonio**

DIRECCION DOMICILIO: **Olaya Herrera - Secto. la Magdalena, Calle 35, N 788 32** CIUDAD/MUNICIPIO: **Cartagena** DEPARTAMENTO: **Bolívar**

CORREO ELECTRONICO: **Hrvizmercado@Hotmail.com** TELEFONO CELULAR: **3205053455** TELEFONO DOMICILIO: **6426609** NACIONALIDAD: **Colombia**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: DIA **20** MES **07** AÑO **1942** SEXO: **M** ESTADO CIVIL:  SOLTERO  VIUDO  UNION LIBRE  CASADO  DIVORCIADO

ACTIVIDAD ECONOMICA: ASALARIADO  ESTUDIANTE  SOCO  PENSIONADO  RENTISTA  ¿OTRO?  CODIGO CIRU ( \* )

DETALLE: **No trabajo**

MARQUE CON UNA (X), SEGUN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESION (PEP):

1. ¿Es Usted una Persona Politicamente expuesta? SI  NO  2. ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI  NO  3. ¿Es Usted un PEP extranjero? SI  NO  4. ¿Es Usted familiar de una PEP? SI  NO

En caso de atender SI, por favor detalle sus relaciones:

Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vinculo con la PEP: \_\_\_\_\_

Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vinculo con la PEP: \_\_\_\_\_

Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vinculo con la PEP: \_\_\_\_\_

**Nota: Persona Expuesta Politicamente (PEP):** i) las personas expuestas politicamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta politicamente conforme a la regulación vigente, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

**Vinculo / Relación:** i) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos); ii) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyuge o compañera/o permanente de la PEP); y iii) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

**INFORMACION ADICIONAL PERSONA NATURAL**

INGRESO MENSUAL \$ **N.A** OTROS INGRESOS MENSUALES \$ **N.A** TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ **N.A** TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ **N.A**

TOTAL ACTIVOS \$ **N.A** TOTAL PASIVOS \$ **N.A**

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS **N.A**

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO

IMPORTACIONES  EXPORTACIONES  INVERSIONES  TRANSFERENCIAS  PRESTAMOS EN MON. EXTRANJ.  PAGO DE SERVICIOS

OTRO  DETALLE: \_\_\_\_\_

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI  NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACION DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

**DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): \_\_\_\_\_

6. Origen de ingresos: De mi actividad económica  Otros  ¿Cuáles? **N.A**

**CONSTANCIA DE ASESORIA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

**AUTORIZACION PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y GESTION DEL CONTRATO DE SEGURO**

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero, comercial, gestionar la cartera vencida y, tratar los datos para desarrollar las actividades propias del contrato de seguro.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL, VERSIÓN 1.0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACION POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA) SI PRESENTE DOCUMENTOS DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE NO COMPROMETE A Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiere el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe exclusión de (los) Riesgo (s), en aprobación y/o aceptación en la suplea al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.



### FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

**Aseguradora Solidaria**  
S.A. COOP. 191

SUSCRIPCIÓN  SINIESTROS

¿ESTÁ EL ASEGURADO AFIANCADO O BENEFICIARIO? INDIQUE EL VINCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR: LABORAL  FAMILIAR  COMERCIAL  SIN VINCULO

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)			
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> CÉDULA <input type="checkbox"/> OTRO	NÚMERO 9066233	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN DIA MES AÑO
PRIMER APELLIDO CARMONA	SEGUNDO APELLIDO PAJARÉS	PRIMER NOMBRE JOSE	SEGUNDO NOMBRE ANTONIO
DIRECCIÓN DOMICILIO CALLE JENNERA - SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, N 2883L	CIUDAD/DEPARTAMENTO Cartagena	TELEFONO DOMICILIO 3205053455	DEPARTAMENTO Bolívar
EMAIL Hruizmercado@hotmail.com	TELEFONO CELULAR 3205053455	CONTRATO 6416601	NACIONALIDAD Colombia
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO 20071942X	ESTADO CIVIL SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/>	VAJADO <input type="checkbox"/>	UNION LIBRE <input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD ECONOMICA No trabajo	RETIRO <input type="checkbox"/>	REVICIADO <input type="checkbox"/>	RENTISTA <input type="checkbox"/>
OTRO <input type="checkbox"/>	LOTRON <input type="checkbox"/>	CODIGO CMI ( * )	

MARQUE CON UNA (X), SEGUN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):

1. ¿Es Unidad Familiar de una PEP?  SI  NO

2. ¿Es Unidad PEP de Organizaciones Internacionales?  SI  NO

3. ¿Es Unidad PEP extranjera?  SI  NO

En caso de afirmación SI, por favor detalle sus relaciones:

Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vinculo con la PEP: \_\_\_\_\_

Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vinculo con la PEP: \_\_\_\_\_

Número de documento: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Vinculo con la PEP: \_\_\_\_\_

**Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP):** I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado, y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

**Vinculo / Relación:** I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo grado de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero permanente de la PEP), y III) Primer grado civil (hijos adoptivos o padres adoptivos).

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL			
INGRESO MENSUAL \$ N.A	OTROS INGRESOS MENSUALES \$ N.A	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ N.A	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ N.A
TOTAL ACTIVOS \$ N.A	TOTAL PASIVOS \$ N.A		

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS: N.A

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA?  SI  NO

IMPORTACIONES  EXPORTACIONES  INVERSIONES  TRANSACCIONES  CREDITOS EN MON. EXTRANJ.  PAGO DE SERVICIOS

OTRO  DETALLE: \_\_\_\_\_

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACION DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarlos conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidas la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

6. Origen de ingresos: De mi actividad económica  Otros  ¿Cuales? N.A

**CONSTANCIA DE ASESORIA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1325 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

**AUTORIZACIÓN PARA REPORTAR A CENTRALES DE RIESGO Y GESTIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos secundariamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero, comercial, gestión la cartera vencida y tratar los datos para desarrollar las actividades propias del contrato de seguro.

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR OLIGENIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA) Si presente documentación de conocimiento del cliente no suministrada a Aseguradora Solidaria o aceptar el (los) riesgo (s) que requiere el cliente. Este documento se redacta ÚNICAMENTE para que en efectivo exhiba del 1913 (Rango 1), la aprobación por inscripción está sujeta al cumplimiento de los puntos establecidos por la Compañía para el tema de verificación e implementación y por la implementación de aplicación del aplicativo.

## LIQUIDACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

Sujeto a las condiciones de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, y a las condiciones Generales y Particulares de la póliza SOLICANASTA No. 994.000.000.003, en la que figura como asegurado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ Yo, JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES Mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.9.066.233, actuando en nombre propio, En calidad de beneficiario de ley de la póliza citada, bajo el siniestro número 440-21-2021-3395 con el registro único de Indemnización RUI - 70113, de manera libre, consciente y voluntaria manifiesto lo siguiente:

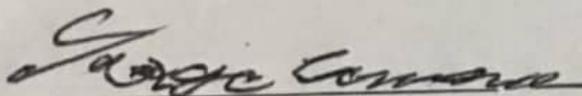
Que Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa me reconocerá como pagó único, total y definitivo de la indemnización derivada del AMPARO BASICO DE MUERTE del asegurado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ, la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE \$2.200.000.

Por lo anterior, autorizo a **Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa**, a efectuar el pago de la indemnización a la cuenta de Ahorros ( ) o Corriente ( ) número \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_, cuyo titular es el beneficiario JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES.

En caso de no contar con cuenta bancaria autorizó que el pago sea generado por ventanilla a través del Banco de Bogotá.

En virtud de lo anteriormente acordado se dispone lo siguiente:

1. Una vez cumplidas las obligaciones suscritas en el presente acuerdo por parte de Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa y el beneficiario, se declaran a paz y salvo de todo concepto.
2. En caso de aparecer otras personas con igual o mejor derecho a reclamar, El beneficiario se compromete a mantener indemne a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, y en consecuencia, procederá a reconocer la cuota parte que por ley corresponda.
3. Así mismo le informamos que es necesario diligenciar el **FUCC "Formato único de conocimiento del cliente"** el cual anexamos y que resulta indispensable para continuar con el reconocimiento del pago.
4. Agradecemos remitir los documentos firmados al correo [liquidacionespersonas@solidaria.com.co](mailto:liquidacionespersonas@solidaria.com.co)



Firma Asegurado/ Beneficiario

CC 9.066.233



Huella índice derecho

*Nota: El presente documento deberá ser autenticado en notaria, si la suma a indemnizar supera los 12 SMMLV.*





REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION  
Fecha de inscripción: 66 08 30

23412423

3	Oficina (Notaría, Consulado, Registraduría Estatal, etc.) <b>REGISTRADURIA MUNICIPAL</b>	4	Municipio y Departamento <b>VALENCIA CORDOBA</b>	5	Código <b>2620</b>
---	---	---	---	---	-----------------------

SECCION GENERAL					
8	Primer apellido <b>CARMONA</b>	9	Segundo apellido <b>HERNANDEZ</b>	11	Nombre(s) <b>MARCOS FIDEL</b>
2	Sexo <b>MASCULINO</b>	10	Fecha de nacimiento Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> <b>30 Agosto</b>	13	Año <b>1.966</b>
14	País <b>Colombia</b>	15	Departamento <b>Córdoba</b>	16	Municipio <b>Valencia</b>

SECCION ESPECIFICA							
17	Círculo, Hospital, Dirección de la Casa, Vereda, Corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento <b>Barrio La Cruz</b>				18	Fecha	
19	Documento presentado (antecedente del Cart. medio o Acta de inscripción) <b>Datos tomados de la alfabética</b>				20	Profesión del profesional que certifica el nacimiento	
22	Apellidos (de esposa) <b>Hernandez Suarez</b>		23	Nombre(s) <b>Idalides Antonia</b>		24	Año <b>46</b>
25	Identificación (clase y número) -----		26	Nacionalidad <b>Colombiana</b>		27	Profesión u oficio <b>Hogar</b>
28	Apellidos <b>Carmona Payares</b>		29	Nombre(s) <b>Jorge Antonio</b>		30	Año <b>55</b>
31	Identificación (clase y número) <b>C.C.# -----</b>		32	Nacionalidad <b>Colombiano</b>		33	Profesión u oficio <b>Obrero</b>

34	Identificación (clase y número) <b>c.c.# 73.122.736 Cartagena Bol.</b>		35	Firma (autógrafa) <i>M. Carmona</i>	
36	Dirección postal <b>Barrio Olaya Cartegana Bol.</b>		37	Nombre <b>Marco Fidel Carmona H.</b>	
38	Identificación (clase y número) -----		38	Firma (autógrafa)	
40	Domicilio (Municipio) -----		41	Nombre	
42	Identificación (clase y número) -----		42	Firma (autógrafa)	
44	Domicilio (Municipio) -----		43	Nombre	
FECHA DE INSCRIPCIÓN (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE HIJITO)					
46	Día <b>28</b>	47	Mes <b>Agosto</b>	48	Año <b>1.995</b>

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



Una Nueva Identificación firmada. A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

Forma del Padre  
Nro. Documento de Identidad  
Sucesos, Compuesto del Padre

Forma de la Madre  
Documento de Identidad  
Sucesos, Compuesto de la Madre

# REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Procesación Resolutoria

Nombre del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento

(64) Nombre del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento

### (61) NOTAS

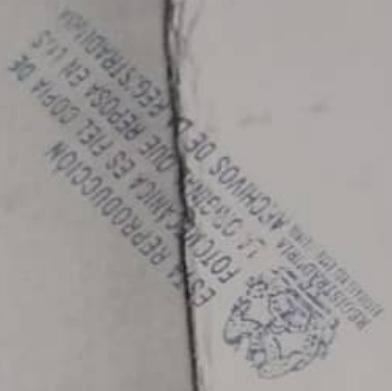
A solicitud del interesado este serial reemplaza al fol # 8723005 por encontrarse deteriorado.

Registro Civil de NACIMIENTO, SERIAL 23412423----- VALIDO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO-----VALIDO SIN SELLO.-----



Para constancia, se firma el presente a los Treinta (30) días del mes de Julio de Dos mil Veintiuno (2021).

**JULIO RAFAEL ERAZO CAUSIL**  
Registrador Municipal del Estado Civil



**Registraduría Municipal**  
**Valencia córdoba**  
Calle 12 No. 20-172 B/ El Centro Tel 777 3078  
valenciacordoba@registraduria.gov.co



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial

0 7069399

Departamento de la oficina de registro							C 3 X	
Clase de oficina	Registraduría	Número	Consulado	Carrizmales	Insp. de Policía	Código		
COLOMBIA - BOLIVAR - CARTAGENA								

Datos del muerto	
CARMONA HERNANDEZ MARCOS FIDEL	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (del Letrado)
C.C. 73.122.735	MASCULINO

Datos de la defunción							
Lugar de la defunción							
COLOMBIA - BOLIVAR - CARTAGENA							
Fecha de la defunción							
Año	2021	Mes	JUN	Día	15	Hora	21:00
Número de certificado de defunción				72781014-1			
Asistencia médica		Presencia de muerte		Fecha de la inscripción			
Ocupación profesional		Causa de muerte		Número y cargo del funcionario			
Asistencia judicial		Causa de muerte		TORRES BAHAMON WILSON RAFAEL			

Datos del denunciante	
Apellidos y nombres completos	
NORIEGA CASTELLAR JUAN CARLOS	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 72.176.048	

Primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Fecha de inscripción				Nombre y número del Letrado de la Oficina de Registro			
Año	2021	Mes	JUN	Día	21	MARIA PAULINA BOHNER GUERRA	

ESPACIO PARA NOTAS

SE INSCRIBE POR ORDEN DE LA FISCALIA GENERAL DE LA NACION, PISCAL SECCIONAL 7 ORI DE CARTAGENA, OFICIO 2642 del 16-06-2021.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DEL COLOMBIA  
IDENTIFICACION

CIUDAD DE BOGOTA

3106022

CARRMONA PUYALES

APELLIDOS

JORGE ANTONIO

NOMBRES

*Jorge Antonio Carrmona Puyales*

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1942

CERETE  
(CORDOBA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73  
ESTATURA

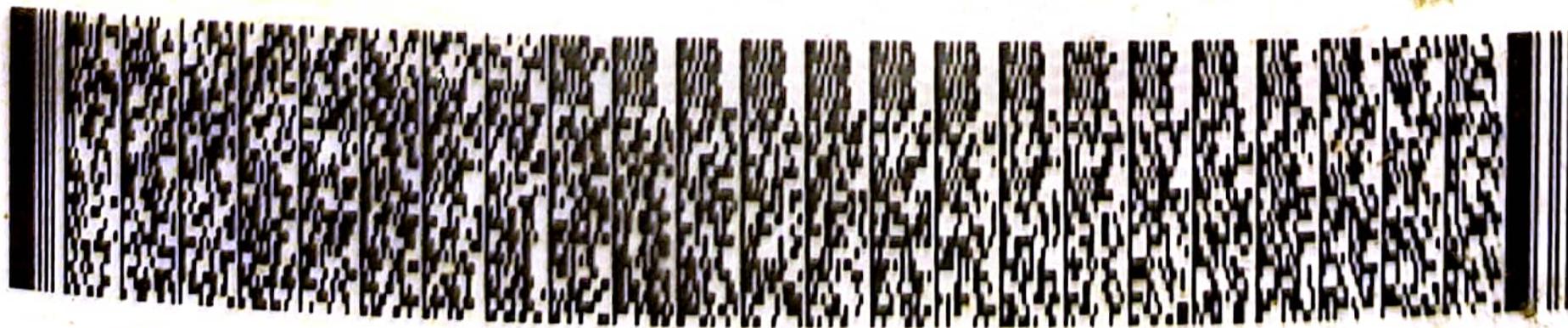
O+  
G.S. RH

M  
SEXO

09-SEP-1969 CARTAGENA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0500150-00125262-M-0009066233-20081106

0005379020A 1

6020016036

COLOMBIA  
PERSONAL  
CIUDADANIA

NUMERO 9.906.233

CARMONA PAYARES

APELLIDOS

JORGE ANTONIO

NOMBRES

*Jorge Carmona*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ABR-1939**

**LORICA**  
(CORDOBA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.48**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**13-DIC-1994 CARTAGENA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez*  
REGISTRADOR NACI  
CARLOS ARIEL SANCHEZ

A-0500700-00210153-F-0045765300-20100122      0020211716A 1      6270613

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **45.765.300**

**HERNANDEZ SUAREZ**  
APELLIDOS

**IDALIDES ANTONIA**  
NOMBRES

**NO FIRMA**  
FIRMA



Cartagena de indias D.T Y C 16 de diciembre del 2022

**SEÑOR**

**JUEZ PRIMERO FAMILIA DEL CIRCUITO DE CARTAGENA**

**RAD: 13001311000120220010100**

**DEMANDANTE: ELIZABETH FRANCO ORTEGA**

**DEMANDADO: JORGE ANTONIO CARMONA, IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ, Y HEREDEROS INDETERMINADOS DEL FINADO MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ.**

**HUGO CASTOR RUIZ MERCADO**, Varón mayor de edad e identificado con cedula ciudadanía N°9.099.509 y T.P 119.332 del C.S. de la J, actuando en calidad de apoderado especial de la señora **IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ** y el señor **JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES**, demandados dentro del proceso de la referencia, Comedidamente me dirijo a usted para manifestarle que en virtud al memorial poder a mi conferido, encontrándome dentro de la oportunidad procesal respectiva, descorro traslado , contestando la demanda de la referencia, incoada en contra de mi patrocinada, lo cual hago teniendo en cuenta los siguientes términos.

## **I. FRENTE A LAS PETICIONES**

Me opongo a la pretensión propuesta por la parte actora en la demanda, mas concretamente frente a la solicitud elevada para que se declaró la existencia de unión marital de hecho, entre la señora **ELIZABETH FRANCO ORTEGA Y EL FINADO MARCO FIDEL CARMONA HERNÁNDEZ**.

1.Declarar no probada la existencia de la unión marital de hecho, en la **señora ELIZABETH FRANCO ORTEGA Y EL FINADO MARCO FIDEL CARMONA HERNANDEZ QEPD**, toda vez que no se configuro una convivencia permanente y singular, durante los últimos 5 años a la luz del artículo primero de la ley 54 de 1990.

2.Que se condene en costas y gastos procesales a la señora **ELIZABETH FRANCO ORTEGA**, por haber promovido la presente demanda.

## II. FRENTE A LOS HECHOS

PRIMER HECHO: Es parcialmente cierto.

Es cierto: que el finado, **MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ QEPD**, sostuvo una relación sentimental con la señora **ELIZABETH FRANCO ORTEGA**.

No es cierto: en cuanto a la unión marital de hecho, que establece la parte actora, toda vez que la señora **ELIZABETH FRANCO**, abandono al finado **MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ** hace más de cinco (5) años, en la cual no convivio con la demandante, **ELIZABETH FRANCO ORTEGA**, ni concibió una comunidad de vida permanente y singular, como lo establece el artículo primero de la ley 54 de 1990.

No es cierto: que la relación se haya prolongado hasta el día 15 junio del año 2021, toda vez que la demandante se trasladó a la ciudad de Montería, dónde estableció residencia, con la persona por la cual decidió abandonar al finado, hace más de cinco (5) años; se aclara que el finado fallece producto de las lesiones causadas en accidente de tránsito; fue así como se hizo presente la fiscalía, y al requerir a la esposa o compañera permanente, para la entrega del cuerpo del finado, no fue posible, toda vez que este fallece en los brazos de su señora progenitora, **IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ** pues al no existir compañera permanente o esposa, era apenas lógico que su progenitora asumiera tales menesteres. (Este hecho se verifica con el acta de entrega del cadáver) dónde se constata que el mismo fue entregado a su hermano **ORLANDO CARMONA HERNANDEZ (SE ANEXA EL ACTA MENCIONADO)**

SEGUNDO HECHO: Parcialmente cierto.

Es cierto: que la relación inicio en la ciudad de Cartagena.

No es cierto: que se haya configurado una convivencia permanente y singular, como lo establece el artículo primero de la ley 54 de 1990, habida consideración, que la misma se interrumpió en el momento que la señora **ELIZABETH FRANCO ORTEGA** decide abandonar al finado **MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ**, esto fue hace más de cinco (5) años.

TERCER HECHO: No es cierto.

No es cierto: por cuánto el finado, tenía dos 2 residencias, debido a que se encontraba en un estado civil de soltero; amen que casi todos los fines de semana, se trasladaba al barrio Olaya Herrera, sector la Magdalena, en la residencia de su progenitora **IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ**, proceder que solía hacer en busca de refugio, debido

a su estado de soltería; se aclara que el mismo iba a la dirección relacionada en el libelo demandatorio a llevar la provisión a sus mascotas; teniendo en cuenta que la demandante lo había abandonado y tenía más de cinco 5 años que no convivía con el, no compartiendo por tanto, techo, cama y lecho; situación que quedo al descubierto en la resolución número **SUB 247964 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2021; RADICADO: 2021\_8456328-2021\_9063159**, emitida por la administradora colombiana de pensiones, Colpensiones. (Se anexa dicha resolución)

CUARTO HECHO: es cierto.

QUINTO: No me consta, que lo pruebe la demandante.

### **III. EXCEPCIONES**

Nos permitimos proponer las siguientes pretensiones de fondo:

#### **INEXISTENCIA DE UNIÓN MARITAL DE HECHO.**

Toda vez que la señora ELIZABETH FRANCO ORTEGA, abandono al finado MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ hace más de cinco (5) años, en la cual no convivio con la demandante, ni concibió una comunidad de vida permanente y singular, como lo establece el artículo primero de la ley 54 de 1990.

#### **FALTA DE LEGITIMIDAD EN LA CAUSA POR ACTIVA**

Si bien, existió una relación sentimental, está no se prolongó en el tiempo y el espacio, compartiendo de manera singular y permanente, no compartieron techo, cama y lecho; no se evidencia posesión notoria, trato publicidad, asistencia a eventos sociales en pareja, veladas, que cuente con el reconocimiento de la comunidad, donde supuestamente cohabitaban, atendiendo a la dirección de residencia del barrio Nelson Mandela, toda vez que el trabajo investigativo realizado por Colpensiones, quedo demostrado que no hubo convivencia en los últimos 5 años, estableciéndose que el finado , MARCOS FIDEL CARMONA HERNÁNDEZ, estaba soltero y tenía dos 2 lugares de residencia.

#### **PRONUNCIAMIENTO ADMINISTRATIVO DE COLPENSIONES**

Se advierte al despacho que la resolución, **SUB 247964 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2021; RADICADO: 2021\_8456328-2021\_9063159**, emitida por la administradora colombiana de pensiones, Colpensiones. En el acápite de resuelve, en su **artículo primero**: reconoce y ordena el pago de una pensión de sobreviviente, con ocasión del fallecimiento de CARMONA HERNANDEZ MARCO FIDEL, a partir del 15 de junio del

2021, a HERNANDEZ SUARES IDALIDES ANTONIA, en calidad de padre o madre, con un porcentaje del 100%, la pensión reconocida es de carácter vitalicio. (se anexa resolución) Y en **artículo tercero**: niega el reconocimiento de la pensión de sobreviviente, con ocasión del fallecimiento de **CARMONA HERNANDEZ MARCO FIDEL**, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente resolución a FRANCO ORTEGA ELIZABETH, ya identificada en calidad de compañera

#### **FALTA DEL REQUISITO MININO DE CONVIVENCIA**

Concluye la corte que el "requisito mínimo de convivencia que exige el artículo 13 de la ley 797 de 2003, es de 5 años", en este caso, la demandante **ELIZABETH FRANCO ORTEGA**, no cumple con este requisito, frente a la supuesta convivencia con el finado **MARCO FIDEL CARMONA HERNANDEZ**. Por cuanto la relación no se prolongó hasta el día 15 junio del año 2021, toda vez que la demandante se trasladó a la ciudad de Montería, dónde estableció residencia, con la persona por la cual decidió abandonar al finado, hace más de cinco (5) años; se aclara que el finado fallece producto de las lesiones causadas en accidente de tránsito; fue así como se hizo presente la fiscalía, y al requerir a la esposa o compañera permanente, para la entrega del cuerpo del finado, no fue posible, toda vez que este fallece en los brazos de su señora progenitora, **IDALIDES ANTONIA HERNÁNDEZ SUÁREZ** pues al no existir compañera permanente o esposa, era apenas lógico que su progenitora asumiera tales menesteres. (Este hecho se verifica con el acta de entrega del cadáver) dónde se constata que el mismo fue entregado a su hermano **ORLANDO CARMONA HERNANDEZ (SE ANEXA EL ACTA MENCIONADO)**

#### **IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

##### **LEGALES**

**LEY 979 DE 2005**, Por medio de la cual se modifica parcialmente la **LEY 54 DE 1990** y se establecen unos mecanismos ágiles para demostrar la unión marital de hecho y sus efectos patrimoniales entre compañeros permanentes.

##### **CONSTITUCIONAL**

**LA CORTE CONSTITUCIONAL**, Mediante sentencia **C-336 de 2014** estableció reglas para acceder a la pensión de sobreviviente, determinando que la existencia de convivencia de 5 años recae sobre el afiliado y pensionado sin distinción alguna.

## **V. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS:**

### **POR LA PARTE DEMANDANTE:**

#### **DOCUMENTALES:**

Me acojo a las pruebas documentales aportadas por el apoderado del extremo actor y solicito sean valoradas de forma integral, en conjunto, y de acuerdo a las reglas de la sana crítica, junto con los demás medios de prueba que hagan parte del acervo probatorio.

#### **TESTIMONIALES:**

Se acogen testimonios deprecados, por el extremo demandante y si fueren decretados por el despacho, se solicita la oportunidad para contrainterrogarlos en la fecha y hora que para el efecto se señalare.

### **POR LA PARTE DEMANDADA:**

#### **DOCUMENTALES:**

Con el objeto de probar, la inexistencia de la unión marital de hecho, demandada por la contraparte, me permito aportar los medios de prueba documentales, que fueron obtenido de manera legal, y que comportan una información útil, conducente, pertinente y veraz, que permite al administrador de justicia, el esclarecimiento de los hechos materia de investigación familiar.

-la resolución número **SUB 247964 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2021; RADICADO: 2021\_8456328-2021\_9063159**, emitida por la administradora colombiana de pensiones, Colpensiones.

1-FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA NATURAL (ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA) IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ

2-LIQUIDACION DE INDEMNIZACION- (ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA) IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ

3-FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA NATURAL (ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA) JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES

4-LIQUIDACION DE INDEMNIZACION –(ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA)  
JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES

5-DECLARACION CON FINES EXTRAPROCESALES RENDIDA ANTE LA NOTARIA QUINTA  
DE CARTAGENA- DECLARANTE: JOSE FERNANDO JULIO TERAN

6-DECLARACION CON FINES EXTRAPROCESALES RENDIDA ANTE LA NOTARIA QUINTA  
DE CARTAGENA- DECLARANTE: MERCED COGOLLO ORTEGA

7-REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION - MARCOS FIDEL CARMONA HERNANEZ.

8-REGISTRO DE NACIMIENTO – MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ

9-CEDULA DE CIUDADANIA – MARCOS FIDEL CARMONA HERNANDEZ

10-CEDULA DE CIUDADANIA – IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ

11-CEDULA DE CIUDADANIA – JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES

12- PODER - IDALIDES ANTONIA HERNANDEZ SUAREZ

13- PODER- JORGE ANTONIO CARMONA PAYARES

**TESTIMONIALES:**

Solicito al despacho se cite a las siguientes personas para que ilustren el proceso en lo relacionado con el vinculo entre el finado MARCO FIDEL CARMONA HERNANDEZ y la señora ELIZABETH FRANCO, describiendo y aclarando los diferentes hechos que conciernen en esta litis, ellos son:

El señor MERCED COGOLLO ORTEGA, identificado con CC. 3.813.813, quien puede ser ubicado en el BARRIO OLAYA HERRERA SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, NUMERO 70B 49, TELEFONO: 3154861318 DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

El señor JOSE FERNANDO JULIO TERAN, identificado con CC. 3.813.813, quien puede ser ubicado en el BARRIO OLAYA HERRERA SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, NUMERO 72B 49, TELEFONO: 3106489888 DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

El señor OMAR CARMONA HERNANDEZ, identificado quien puede ser ubicado en el BARRIO OLAYA HERRERA, SECTOR SARA BANDA, TELEFONO: 3107355891 DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

El señor ORLANDO CARMONA HERNANDEZ, identificado quien puede ser ubicado en el BARRIO OLAYA HERRERA, SECTOR SARA BANDA, TELEFONO: 3176152302 DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

## **NOTIFICACIONES**

El suscrito las recibirá en el BARRIO OLAYA HERRERA SECTOR LA MAGDALENA, CALLE 35, NUMERO 70B 32, EN LA CUIDAD DE CARTAGENA.

O a través de su dirección electrónica [hruizmercado@hotmail.com](mailto:hruizmercado@hotmail.com)

La parte demandante las recibirá en la dirección indicada con el escrito de la demanda.

Del señor juez, atentamente



**HUGO CASTOR RUIZ MERCADO**  
**CC.9.099.509**  
**T.P 119-332 del C.S. de la J**