



**República de Colombia**  
*Rama Judicial del Poder Público*  
**JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PASTO**  
**Acta de audiencia de instrucción y juzgamiento, art. 373 del C.G.P.**

Fecha: diecisiete (17) de noviembre de dos mil veintitrés (2023)

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

<b>Radicación:</b>	N.º 520013103003-2021-00306-00
<b>Asunto:</b>	Vernal de R.C.E.
<b>Demandantes:</b>	Joaquín Vanegas Ruiz
<b>Demandados:</b>	Carlos Arturo Hernández León, Israel Bolívar Calderón, Expreso Bolivariano S.A. y Allianz Seguros S.A.

**INTERVINIENTES**

<b>Apoderada parte demandante:</b>	<b>Nombre:</b>	Angela Milena Viteri Zambrano
	<b>C.C. N.º:</b>	1.087.415.702 expedida en Túquerres
	<b>T. P. N.º:</b>	344.851 expedida por el C. S. de la J.
	<b>Dirección:</b>	Condómino Aquine 1 Casa 46, Pasto
	<b>Teléfonos:</b>	315 441 6983
	<b>Correo:</b>	abogadoslitigantespasto1@gmail.com
<b>Apoderada sustituta demandada Allianz Seguros S.A.</b>	<b>Nombre:</b>	Juana Carolina Pernía Osorio
	<b>C.C. N.º:</b>	1.193.571.591
	<b>T. P. N.º:</b>	403.395 expedida por el C. S. de la J.
	<b>Dirección:</b>	Avenida 6º bis No. 35 N – 100, oficina 212, Cali
	<b>Teléfonos:</b>	No registra
	<b>Correo:</b>	jpernia@gha.com.co
<b>Apoderado demandada Expreso Bolivariano S.A.</b>	<b>Nombre:</b>	Diego Fernando Acevedo Hernández
	<b>C.C. N.º:</b>	91.508.599 expedida en Bucaramanga
	<b>T. P. N.º:</b>	91.508.559 expedida por el C. S. de la J.
	<b>Dirección:</b>	Calle 6 N No. 04-200 – Manzana A Casa 8, Urbanización Junín II etapa, Piedecuesta – Santander
	<b>Teléfonos:</b>	321 215 0667
	<b>Correo:</b>	diego.acevedo@bolivariano.com.co
<b>Apoderado sustituto demandados Carlos Arturo Hernández León y Israel Bolívar Calderón</b>	<b>Nombre:</b>	Gustavo Adolfo Gómez Restrepo
	<b>C.C. N.º:</b>	94.523.990 expedida en Cali
	<b>T. P. N.º:</b>	132.528 expedida por el C. S. de la J.
	<b>Dirección:</b>	Calle 147 # 21 -55 edificio Granada Hills torre E - oficina 202, Bogotá. D.C.
	<b>Teléfonos:</b>	310 44 44 009
	<b>Correo:</b>	ggomezasesoriaslegales@gmail.com

**RELACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS**

- Sustitución poder demandada Allianz Seguros S.A.
- Sustitución poder demandados Carlos Arturo Hernández León y Israel Bolívar Calderón.

**AUTO RECONOCE PERSONERÍA A APODERADA SUSTITUTA DE ALLIANZ SEGUROS S.A.**

Iniciada la audiencia, secretaria dio cuenta de un memorial allegado por el apoderado de la demandada Allianz Seguros S.A., donde indica que sustituye el poder a él conferido a otra profesional del derecho.

Por cumplir la sustitución con lo indicado en los artículos 73 y siguientes del C.G.P., el señor juez resolvió reconocer personería adjetiva a la abogada Juana Carolina Pernía Osorio identificada con la C.C. No. 1.193.571.591 y portadora de la T. P. No. 403.395 expedida por

el C. S. de la J., conforme a la sustitución de poder a ella realizada por el Dr. Gustavo Alberto Herrera Ávila, quien venía ejerciendo la representación de la demandada Allianz Seguros S.A.

- No se presentaron recursos en contra de la anterior decisión.

**AUTO RECONOCE PERSONERÍA ADJETIVA A ABOGADO SUSTITUTO  
DEMANDADOS CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ LEÓN Y ISRAEL BOLÍVAR  
CALDERÓN**

Seguidamente, se dio cuenta de un memorial allegado por el apoderado de los demandados Carlos Arturo Hernández León y Israel Bolívar Calderón, donde indica que sustituye el poder a él conferido a otro profesional del derecho.

Por cumplir la sustitución con lo indicado en los artículos 73 y siguientes del C.G.P., el señor juez resolvió reconocer personería adjetiva al abogado Gustavo Adolfo Gómez Restrepo identificado con la C.C. No. 94.523.990 expedida en Cali y portador de la T. P. No. 132.528 expedida por el C. S. de la J., conforme a la sustitución de poder a él realizada por el Dr. Brayand Guillermo Salas López, quien venía ejerciendo la representación de los demandados Carlos Arturo Hernández León y Israel Bolívar Calderón.

- No se presentaron recursos en contra de la anterior decisión.

**AUTO APRUEBA ACUERDO CONCILIATORIO**

Continuada la audiencia, las partes manifestaron que tenían ánimo de conciliar, por lo que luego de un diálogo, éstas finalmente llegaron a un acuerdo que permite terminar el proceso por conciliación, procediendo a exponerlo.

Terminada la intervención de las partes, el señor juez resolvió:

*“PRIMERO: APROBAR el acuerdo conciliatorio al que finalmente llegaron las partes, en la forma y términos como quedó establecido en esta audiencia.*

*SEGUNDO: DISPONER que el acuerdo conciliatorio aprobado surte efectos de cosa juzgada frente a las pretensiones de la demanda y por lo mismo, igualmente presta mérito ejecutivo entre las partes.*

*TERCERO: ORDENAR la terminación del proceso por efectos de la conciliación.*

*CUARTO: LEVANTAR la medida cautelar de inscripción de la demanda en el registro automotriz del vehículo de placas WEP-009, de propiedad del señor Carlos Arturo Hernández León decretada mediante auto del diciembre 13 de 2021, comunicada mediante oficio 0033 del 18 de enero de 2022.*

*Para su efectividad, se oficiará a la Secretaría de Tránsito y Transporte de Cota – Cundinamarca, con los insertos a que haya lugar.*

*QUINTO: Oportunamente, archívese el expediente previa des anotación del mismo en el libro radicator y sistema siglo XXI que lleva el juzgado.*

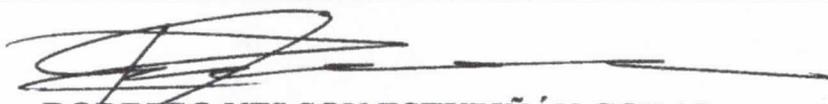
*SEXTO: Por secretaría, el juzgado hará llegar a los correos electrónicos de cada uno de los apoderados, copia del acta y de los documentos correspondientes a la grabación de la audiencia”.*

- Ante la anterior decisión no se presentaron recursos.

**LINK GRABACIÓN AUDIENCIA**

<https://apigestionaudiencias3.ramajudicial.gov.co/public/detail/11808754>

**FIRMA DEL JUEZ**

  
**RODRIGO NELSON ESTUPIÑÁN CORAL**  
Juez



## Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

**Persona Natural:** Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

**Persona Jurídica:** Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: SANTANDER DE Q.

Fecha: DÍA 21 MES 11 AÑO 2023

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador -Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	
Tomador -Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	

### Persona Natural

Primer apellido	RUIZ	Segundo Apellido	LOMBANA	Nombres Completos	ÁNGELA MARÍA
-----------------	------	------------------	---------	-------------------	--------------

### Documento de Identidad

Personas Nacionales		Personas Extranjeras		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:	
Cédula <input checked="" type="radio"/>	T.I <input type="radio"/>	NUIP <input type="radio"/>	C. Extranjería <input type="radio"/>		Pasaporte <input type="radio"/>
No	1062306939		No		
Fecha de expedición	24/01/2011		Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
Lugar de expedición	SANTANDER DI		No		

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
23/01/1993	TUMACO	COLOMBIA	CALLE 15 No. 8-12 BARRIO GUADUALES
Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular
SANTANDER		angela.ruiz@correounivalle.edu.co	3122570803

Oficio o profesión	DOCENTE DE TRANSICIÓN	Actividad:	Independiente <input type="radio"/>	Dependiente <input checked="" type="radio"/>
Empresa donde trabaja	Colegio Micael	Cargo	DOCENTE	Teléfono
				304 3261083
Dirección comercial	CALLE 14 No 8 - 27 BARRIO LOS GUADUALES		Ciudad	SANTANDER DE Q.

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI  NO

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI  NO

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI  NO

Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI  NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica	DOCENTE DE TRANSICIÓN	Código CIU	8512
Ingresos Mensuales (Pesos)	1.160.000	Egresos mensuales (Pesos)	1.000.000
Activos (Pesos)	1.000.000	Pasivos (Pesos)	0
Patrimonio (Pesos)	1.000.000	Otros Ingresos (Pesos)	

Concepto otros ingresos

### INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición
		Lugar de expedición

### Persona Jurídica

Nombre o razón social				Nit.
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax	
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax	
Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución	
Actividad económica				Código CIU

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición
		Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Dirección	Ciudad	Teléfono

\*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser en papel o digitalizada en la Hoja Anexa que se adjunta.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directo o indirectamente más del 5% del capital social, o parte de participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación	Número	C% participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos) Egresos mensuales (Pesos)

Activos (Pesos) Pasivos (Pesos)

Patrimonio (Pesos) Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

### Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera Si  No  Cuál \_\_\_\_\_ Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

Productos financieros en el exterior  
¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros  
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

### Declaraciones y Autorizaciones

**1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio o en representación de \_\_\_\_\_, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficina, actividad, negocio, etc.); **DOCENTE DE TRANSICIÓN**; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERALITO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

**2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS:** Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro -INIF y a Inversiones Fasescolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

**3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

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

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

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

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

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

**4. INFORMACIÓN RECIBIDA:** Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

**5. ENTREGA DE CONDICIONES:** Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociadas.

**6. DECLARACIÓN:** Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

  
 Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):  Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:	Lugar (Especifique): Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones:  Nombre de la persona que la realiza y cargo:  Firma: Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones:  Nombre de la persona que la realiza y cargo:  Firma:

## Autorización de pagos

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI  NO

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI  NO

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI  NO

Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI  NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

### Tomador

Nombre o razón social: ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA NIT. /C.C. 1.062.306.939

Oficina principal: Dirección: CALLE 15 No. 8-12 BARRIO GUADUALES Ciudad: SANTANDER DE QUILICHAO - CAUCA Teléfono: 3122570803

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:

Tipo de documento: N°: Dirección:

Ciudad: Teléfono:

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

Yo ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 1.062.306.939 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de CONCILIACIÓN JUDICIAL, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. con nacionalidad 1. nacionalidad 2. para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica continuación:

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación) 0 0 7 Número de Cuenta (validar según relación) 8 3 8 2 8 9 1 5 9 8 6 Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:

Cheque  Efectivo

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE. SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

### Declaraciones y Autorizaciones

**1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

**IMPORTANTE:** Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en [www.allianz.co](http://www.allianz.co).

**2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

### 3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Angela Maria Ruiz

Nombre: ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA  
C.C. No. 1.062.306.939

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davienvida	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Comeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

\*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

# La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

Cali, 29 de noviembre de 2023

## CERTIFICACION BANCARIA

Cordial saludo,

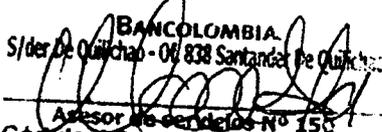
**BANCOLOMBIA S.A.** se permite informar que **ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA** Identificado con **CC 1062306939** la fecha de expedición de ésta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha apertura	Estado
<b>CUENTA AHORROS</b>	<b>838-289159-86</b>	<b>2021/11/19</b>	<b>Activa</b>

El manejo de estos productos es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con **BANCOLOMBIA**.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 5540505 de Cali o en nuestras sucursales de todo el país.

Atentamente,

  
BANCOLOMBIA  
S/des de Quiché - Of 838 Santander de Quiché  
Asesor No. de Cédulas No 150  
Cédula No 150  
**Maira Alejandra Lozada J**  
Asesor Multisegmento  
Grupo Bancolombia

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

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

**Bancolombia**  
*le estamos poniendo el alma*

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.062.306.939**  
**RUIZ LOMBANA**

APELLIDOS  
**ANGELA MARIA**

NOMBRES  
*Angela Maria Ruiz*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-ENE-1993**  
**TUMACO**  
(NARIÑO)

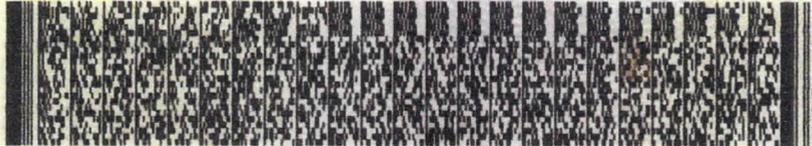
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.58**      **O+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**24-ENE-2011 SANTANDER DE QUILICHAO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1107600-00486664-F-1062306939-20131004      0035296128A 1      8022557230



Abogados Asociados <abogadoslitigantespasto1@gmail.com>

**MEMORIAL PODER**

**ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA** <angelamaria1062@hotmail.com>  
Para: "abogadoslitigantespasto1@gmail.com" <abogadoslitigantespasto1@gmail.com>

2 de diciembre de 2021, 10:24

Doctores

**ANGELA MILENA VITERI ZAMBRANO**  
**JAVIER ANDRÉS MUÑOZ REALPE**

Atento saludo,

Por medio del presente, me permito remitir archivo en formato PDF que contiene el poder que les confiero para que me representen en la demanda de responsabilidad civil extracontractual que se adelantará por la muerte de FRANK VANEGAS RODRÍGUEZ, quien era el padre de mi hijo y falleció a consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el día 19 de septiembre de 2021 en la vía Rumichaca - Pasto.

Gracias por su atención.

Atentamente,

**ANGELA MARÍA RUIZ LOMBANA**

---

 **PODER PARA DEMANDA.pdf**  
157K



**MUÑOZ REALPE**  
 • & Abogados Asociados S.A.S. •

Santander de Quilichao (Cauca), 26 de noviembre de 2021

Señores

**JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE PASTO ®**

E. S. D.

**Referencia: PODER**

**ÁNGELA MARÍA RUIZ LOMBANA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.062.306.939 expedida en Santander de Quilichao (Cauca), quien actúa en representación legal de su hijo menor de edad **JOAQUIN VANEGAS RUIZ** (*hijo de la víctima*), mayor de edad, con domicilio y residencia en el municipio de Santander de Quilichao - Cauca, por medio del presente escrito manifiesto que se confiere poder especial amplio y suficiente a los abogados **JAVIER ANDRÉS MUÑOZ REALPE**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.088.972.398 de La Cruz (N), abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 252.133 del Consejo Superior de la Judicatura y **ÁNGELA MILENA VITERI ZAMBRANO**, mayor de edad, vecina de Pasto, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.087.415.702 de Tuquerres, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 344.851 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación presenten demanda de **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL** en contra de **CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ LEÓN**, en su calidad de propietario del vehículo tipo bus de placas WEP-009, **ISRAEL BOLIVAR CALDERON**, en su calidad de conductor del vehículo tipo bus de placas WEP-009, **EXPRESO BOLIVARIANO S.A.** en calidad de empresa donde operaba el vehículo tipo bus de placas WEP-009 y **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en su calidad de encargada de amparar los siniestros del vehículo tipo bus de placas WEP-009, tendiente a lograr el reconocimiento y pago de los perjuicios morales, materiales y daño a la vida de relación que se han ocasionado por la muerte del señor FRANK VANEGAS RODRIGUEZ a raíz del accidente de tránsito ocurrido el día 19 de septiembre de 2021 a la altura del kilómetro 74+600 metros, sector Cubiján Catambuco de la vía Rumichaca - Pasto, del municipio de Pasto - Nariño.

Los abogados antes mencionados quedan especial y ampliamente facultados para conciliar, transar, renunciar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, recibir, hacer efectivo el título de depósito judicial, presentar



**MUÑOZ REALPE**

• & Abogados Asociados S.A.S •

cuenta de cobro y hacer efectivo el pago del valor que se llegare a conciliar o fueren condenados los demandados, y en general para todo aquello que fuere necesario en el desarrollo de este mandato y en defensa de los intereses que se le confían.

Sírvase, reconocer personería jurídica a mis apoderados en los términos y para los fines del presente mandato.

Del señor Juez,

Atentamente,

**ÁNGELA MARÍA RUIZ LOMBANA**

C.C. No. 1.062.306.939 Santander de Quilichao

Acepto:

**JAVIER ANDRÉS MUÑOZ REALPE**

C.C. 1.088.972.398

T.P. 252.133 del C.S.J.

E- mail: [contactenos@munozrealpeabogados.com](mailto:contactenos@munozrealpeabogados.com)

**ÁNGELA MILENA VITERI ZAMBRANO**

C.C. 1.087.415.702

T.P. 344.851 del C.S.J.

E-mail: [abogadoslitigantespasto1@gmail.com](mailto:abogadoslitigantespasto1@gmail.com)

Muñoz Realpe & Abogados Asociados S.A.S

[contactenos@munozrealpeabogados.com](mailto:contactenos@munozrealpeabogados.com)

Contactos: 321 825 5781 - 317 365 4315



Abogados Asociados &lt;abogadoslitigantespasto1@gmail.com&gt;

---

**SOLICITUD DE EXTINCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL POR REPARACIÓN INTEGRAL**

---

Abogados Asociados <abogadoslitigantespasto1@gmail.com>  
Para: carmen.guerrero@fiscalia.gov.co, amalia.burbano@fiscalia.gov.co

27 de noviembre de 2023, 13:13

Doctora

**CARMEN ALICIA GUERRERO**

FISCALÍA 07 SECCIONAL DE PASTO – UNIDAD VIDA - BRIHO

E. S. D.

Referencia: **SOLICITUD DE EXTINCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL POR REPARACIÓN INTEGRAL.**

NUNC: 520016000491202101926

Procesado: ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.414.613.

Por medio del presente, me permito remitir un archivo en formato pdf que contiene una solicitud respetuosa para que se estudie **la preclusión de la investigación penal** que se identifica bajo el número citado en referencia, por cuanto mi hijo menor de edad JOAQUIN VANEGAS RUIZ, identificado con NUIP No. 1.062.322.396, ha sido indemnizado integralmente con ocasión a la muerte de su padre, quien respondía al nombre de FRANK VANEGAS RODRÍGUEZ y falleció a raíz del accidente de tránsito ocurrido el día El día 19 de septiembre de 2021, a la altura del kilómetro 74 + 600 metros de la Vía Rumichaca – Pasto, específicamente en la localidad de Cubijan Catambuco, donde estuvo involucrado el vehículo de placas WEP-009, conducido por el señor ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN y de propiedad de CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ LEÓN.

De acuerdo lo anterior, me permito indicar que en el mismo archivo se adjunta los documentos que acreditan el parentesco de JOAQUIN VANEGAS RUIZ respecto de su padre biológico y la correspondiente acta de conciliación emitida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pasto, donde consta la conciliación de los perjuicios ocasionados a mi hijo.

Esperando contar con una respuesta favorable, me despido anticipando agradecimientos.

Atentamente,

**ÁNGELA MARÍA RUIZ LOMBANA**

C.C. No. 1.062.306.939 de Santander de Quilichao

---

 DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL.pdf  
1984K

San Juan de Pasto, 17 de noviembre de 2023

Doctora

**CARMEN ALICIA GUERRERO**

FISCALÍA 07 SECCIONAL DE PASTO – UNIDAD VIDA - BRIHO

E. S. D.

Referencia: **SOLICITUD DE EXTINCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL  
POR REPARACIÓN INTEGRAL.**

NUNC: 520016000491202101926

Procesado: ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN, identificado con  
cédula de ciudadanía No. 17.414.613.

ÁNGELA MARÍA RUIZ LOMBANA, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.062.306.939 expedida En Santander de Quilichao, actuando en representación legal del menor de edad JOAQUIN VANEGAS RUIZ (*hijo de la víctima mortal*), identificado con NUIP No. 1.062.322.396, con domicilio en Santander de Quilichao - Cauca, por medio del presente escrito, **MANIFIESTO DE MANERA LIBRE, EXPRESA Y VOLUNTARIA que mi hijo JOAQUÍN HA SIDO INDEMNIZADO INTEGRALMENTE POR TODOS LOS PERJUICIOS** por la muerte de q.e.p.d. FRANK VANEGAS RODRÍGUEZ a raíz del accidente de tránsito ocurrido el día El día 19 de septiembre de 2021, a la altura del kilómetro 74 + 600 metros de la Vía Rumichaca – Pasto, específicamente en la localidad de Cubijan Catambuco, donde estuvo involucrado el vehículo de placas WEP-009, conducido por el señor ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN y de propiedad de CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ LEÓN.

De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta que no tenemos ningún interés de continuar con el ejercicio de la acción penal en contra del señor ISRAEL BOLÍVAR CALDERÓN, respetuosamente solicito se dé aplicabilidad a la **PRECLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PENAL por indemnización total de los perjuicios causados a la víctima**; es decir, a JOAQUIN VANEGAS RUIZ, para ello se adjunta copia del acta de audiencia de conciliación que se adelantó en el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pasto dentro del proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 2021-00306.

De igual manera, como quiera que los hechos que se ventilan dentro de este proceso encuentran adecuación típica en el reato de homicidio culposo como consecuencia de un accidente de tránsito, **reitero mi solicitud de extinción de la acción penal por reparación integral**, así como también desisto de cualquier otra acción judicial sea civil o de otra naturaleza que se pudiese adelantar por los hechos materia de este proceso.



Esperando contar con una respuesta favorable, agradezco su amable atención.

Atentamente,

*Angela Maria Ruiz*

**ÁNGELA MARÍA RUIZ LOMBANA**  
C.C. No. 1.062.306.939 de Santander de Quilichao





**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**  
**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



COD 10848

En la ciudad de Santander De Quilichao, Departamento de Cauca, República de Colombia, el veinte (20) de noviembre de dos mil veintitres (2023), en la Notaría única del Círculo de Santander De Quilichao, compareció: ANGELA MARIA RUIZ LOMBANA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1062306939 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

10848-1

Angela Maria Ruiz



dacabbec76

20/11/2023 09:32:26

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.



JUAN CARLOS RAMOS DOMÍNGUEZ

Notario Único del Círculo de Santander De Quilichao , Departamento de Cauca

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: dacabbec76, 20/11/2023 09:32:38

## Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

**Persona Natural:** Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

**Persona Jurídica:** Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad:

Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador -Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>
Tomador -Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>

### Persona Natural

Primer apellido **VITERI** Segundo Apellido **ZAMBRANO** Nombres Completos **ÁNGELA MILENA**

### Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/> No <b>1087415702</b> Fecha de expedición <b>20/02/2009</b> Lugar de expedición <b>TÚQUERRES</b>	Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/> No <input type="text"/> Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.	NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia: No <input type="text"/>
--	---	---

Fecha de nacimiento **221/12/1990** Lugar de nacimiento **OSPINA** Nacionalidad **COLOMBIA** Dirección de Residencia **CONDominio AQUINE 1 CASA 46**  
 Ciudad **PASTO** Teléfono  E-mail **abogadoslitigantespato1@gmail.co** Celular **3154416983**

Oficio o profesión **ABOGADA** Actividad: Independiente  Dependiente

Empresa donde trabaja  Cargo  Teléfono

Dirección comercial  Ciudad

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI  NO   
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI  NO   
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI  NO   
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI  NO   
 Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica **ABOGADA** Código CIU **6910**

Ingresos Mensuales (Pesos) **2.250.000** Egresos mensuales(Pesos) **1.800.000**

Activos (Pesos) **170.000.000** Pasivos (Pesos) **0**

Patrimonio (Pesos) **170.000.000** Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

### INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido  Segundo Apellido  Nombres Completos

Tipo de documento  N°  Fecha de expedición  Lugar de expedición

### Persona Jurídica

Nombre o razón social  Nit.

Oficina principal: Dirección  Ciudad  Teléfono  Fax

Sucursal o agencia: Dirección  Ciudad  Teléfono  Fax

Tipo de empresa  Sector de la economía  Cuál  Fecha de Constitución

Actividad económica  Código CIU

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido  Segundo Apellido  Nombres Completos

Tipo de documento  N°  Fecha de expedición  Lugar de expedición

Fecha de nacimiento  Lugar de nacimiento  Nacionalidad

Dirección  Ciudad  Teléfono

\*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que Cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

### Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Cuál	Indique otras operaciones
¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?			
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto
		Ciudad	País
			Moneda

#### Información sobre reclamaciones en seguros

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

### Declaraciones y Autorizaciones

**1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio o en representación de \_\_\_\_\_ de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.): **ACTIVIDADES JURÍDICAS**; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

**2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS:** Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro -INIF y a Inversiones Fasecolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

**3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si  No
- (ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si  No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si  No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

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

**4. INFORMACIÓN RECIBIDA:** Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

**5. ENTREGA DE CONDICIONES:** Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociadas.

**6. DECLARACIÓN:** Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

  
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):  Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:	Lugar (Especifique): Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones:  Nombre de la persona que la realiza y cargo:  Firma: Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones:  Nombre de la persona que la realiza y cargo:  Firma:

## Autorización de pagos

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI  NO

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI  NO

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI  NO

Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI  NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

**Tomador**

Nombre o razón social: **ÁNGELA MILENA VITERI ZAMBRANO** Nit./C.C.: **1.087.415.702**

Oficina principal: Dirección: **CONDOMINIO AQUINE 1 CASA 46** Ciudad: **PASTO - NARIÑO** Teléfono: **3154416983**

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

Yo, **ÁNGELA MILENA VITERI ZAMBRANO** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **1.087.415.702** autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de **CONCILIACIÓN JUDICIAL** en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a \_\_\_\_\_ identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No \_\_\_\_\_ con nacionalidad 1 \_\_\_\_\_ nacionalidad 2 \_\_\_\_\_ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.  
Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación) **032** Número de Cuenta (validar según relación) **24100475500** Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

**PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.**  
**PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.**

Bancolombia: Cheque  Efectivo  Tarjeta Allianz: \_\_\_\_\_

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.  
SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.  
SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

## Declaraciones y Autorizaciones

**1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

**IMPORTANTE:** Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en [www.allianz.co](http://www.allianz.co).

**2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

**3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO**

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento o almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

**FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO**

Nombre: **Angela Milena Viteri Z.**

C.C. No. **1.087.415.702.**

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

\*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.



### HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANGELA MILENA VITERI ZAMBRANO Identificado con CC 1087415702

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CALLE 20 PASTO, con las siguientes características:

#### Cuentamiga

<b>Número:</b>	24100475500
<b>Fecha de apertura:</b>	10 de Marzo de 2020
<b>Condiciones de uso:</b>	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
<b>Estado:</b>	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 27 de Noviembre de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva