

Fecha Diligenciamiento: 07/06/2024 Ciudad: Bogotá D.C. Sucursal: _____

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

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

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

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Montoya SEGUNDO APELLIDO: Alvarez NOMBRES: Leidy Laura

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. NÚMERO: 1058817801 FECHA DE EXPEDICIÓN: 23/03/2007 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Neria Caldas

FECHA DE NACIMIENTO: 01/02/1989 LUGAR DE NACIMIENTO: Neria Caldas NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: leidy.laivamontoya@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Cra 2. No. 16A-12 CIUDAD: Bogotá D.C.

DEPARTAMENTO: Cundinamarca TELÉFONO: N/A CELULAR: 3053598470

SECTOR: N/A CIU (cod): 6190 TIPO DE ACTIVIDAD: Otros actividades Telecom CUAL?: _____

OCUPACIÓN: Independiente CARGO: Comunicadora EMPRESA DONDE TRABAJA: Secretaría Distrital de Gobierno

CIUDAD: Bogotá D.C. DIRECCIÓN (Oficina): Calle 11 # 8-17 DEPARTAMENTO: Cundinamarca

TELÉFONO (Oficina): 3387000 ACTIVIDAD SECUNDARIA: N/A CIU (cod): N/A

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos) 5.500.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) 4.250.000

ACTIVOS (Pesos) Ninguno PASIVO (Pesos) Ninguno

PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) Ninguno OTROS INGRESOS (Pesos) N/A

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES N/A

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

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

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

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

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

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

Origen de Fondos: Contrato de prestación de servicios CPS 523-2024 Secretaría Distrital de Gobierno.

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL _____

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

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

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

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

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

SI NO

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

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

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

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

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

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

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

6. FIRMA Y HUELLA

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

Juan Carlos Alvarez
 FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

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

*Vínculo/Relación

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

Fecha Diligenciamiento: 07/06/2024 Ciudad: Neiva Caldas Sucursal: _____

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

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

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

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Montoya SEGUNDO APELLIDO: Alvarez NOMBRES: Sandra Juliana
 TIPO DE DOCUMENTO: C.C. NÚMERO: 24 830 059 FECHA DE EXPEDICIÓN: 11/02/2004 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Neiva Caldas
 FECHA DE NACIMIENTO: 26/11/1985 LUGAR DE NACIMIENTO: Neiva Caldas NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____
 E-MAIL: JulianaMontoya.26@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Cra 8. # 8-42 CIUDAD: Neiva Caldas
 DEPARTAMENTO: Caldas TELÉFONO: N/A CELULAR: 3116633350
 SECTOR: N/A CIU (cod): N/A TIPO DE ACTIVIDAD: N/A ¿Cual?: N/A
 OCUPACIÓN: Ama de casa CARGO: N/A EMPRESA DONDE TRABAJA: N/A
 CIUDAD: N/A DIRECCIÓN (Oficina): N/A DEPARTAMENTO: N/A
 TELÉFONO (Oficina): N/A ACTIVIDAD SECUNDARIA: N/A CIU (cod): N/A
 ¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): N/A
 INGRESOS MENSUALES (Pesos) N/A EGRESOS MENSUALES (Pesos) N/A
 ACTIVOS (Pesos) N/A PASIVO (Pesos) N/A
 PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) N/A OTROS INGRESOS (Pesos) N/A
 CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES N/A

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página) SI NO ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

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

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI NO

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

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

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

Origen de Fondos: _____

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL _____

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

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

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

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

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

SI NO

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

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

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

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

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

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

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

6. FIRMA Y HUELLA

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

Sandra Juliana Montoya Alvarez

FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Daclilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

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

*Vinculo/Relación

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

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

N° SINIESTRO

SGC 8013

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	07	06	2024

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Montoya SEGUNDO APELLIDO: Alvarez PRIMER NOMBRE: Leidy SEGUNDO NOMBRE: Laura

C.C. C.E. T.I. R. OTH. NUMERO: 1.058.817.801 LUGAR DE EXPEDICIÓN: 23/03/2007 FECHA DE EXPEDICIÓN: Neira Caldas SEXO F. M.

FECHA DE NACIMIENTO: 01/02/1989 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Comunicadora y periodista.

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: ESTRATO:

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

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Secretario Distrital de Gobierno CARGO: Comunicadora

CIUDAD: Bogotá DIRECCIÓN: Calle 11 # 8-17 TELEFONO: 3387000 FAX: N/A.

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra. 2 # 16A-12 CIUDAD DE RESIDENCIA: Bogotá

TELÉFONO: N/A CELULAR: 3053598420 EMAIL: leidy.lauramontoya@gmail.com

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

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: NIT: REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

C.C. C.E. NÚMERO: LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: CIUDAD: TELEFONO: FAX:

PAG. WEB: CIUDAD: TELEFONO: FAX:

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: CIUDAD: TELEFONO: FAX:

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA PRIVADA MIXTA ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE CONSTRUCCIÓN AGRÍCOLA CIVIL OTRA: BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

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

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO	% PARTICIPACIÓN
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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

INGRESOS MENSUALES: \$ 5.500.000 ACTIVOS: \$ N/A

EGRESOS MENSUALES: \$ 4.250.000 PASIVOS: \$ N/A

OTROS INGRESOS: \$ N/A CONCEPTO OTROS INGRESOS: N/A

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Contrato prestación de servicios CPS 523-2024
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL **PERSONA JURÍDICA**

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNE DIPLOMÁTICO).

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

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

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL: *Sumelantaya Alvarez* C.C. 1.058.817.801

HUELLA: 

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

NOMBRE: CÉDULA:


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

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

 CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: INDEMNIZACIÓN: PRESTACIÓN DE SERVICIO: CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES	Leidy Laura	PRIMER APELLIDO	Montoya	SEGUNDO APELLIDO	Álvarez
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	C.C	NÚMERO	1058817801	FECHA EXPEDICION	23/03/2007
DIRECCION:	Cra. 2 # 16A-12	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
TELEFONOS:	N/A	FAX:	N/A	CELULAR:	3053598420

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA	640-721492-95	CORRIENTE	<input type="checkbox"/>	AHORROS	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	Bancolombia	SUCURSAL	Centro	CIUDAD	Bogotá	

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

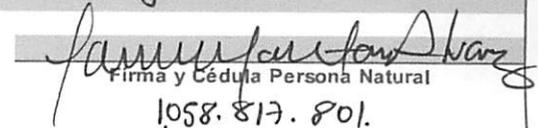
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

 Email: leidy.lauramontoya@gmail.com

 En constancia se firma en: Bogotá D.C. a los (7) del mes de Junio de 2024.

Firma del Representante Legal y Sello


 Firma y Cédula Persona Natural
1058.817.801.

	AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA
---	--

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

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE:	NIT:	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: <u>Leidy Laura</u>	PRIMER APELLIDO: <u>Montoya</u>	SEGUNDO APELLIDO: <u>Ávarez</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: <u>C.C.</u>	NÚMERO: <u>1058817801</u>	FECHA EXPEDICION: <u>23/03/2007</u>
DIRECCION: <u>Cra. 2 # 16A - 12</u>	CIUDAD: <u>Bogotá</u>	DEPARTAMENTO: <u>Cundinamarca</u>
TELEFONOS: <u>N/A</u>	FAX: <u>N/A</u>	CELULAR: <u>305 359 84 20</u>

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA: <u>640-721492-95</u>	CORRIENTE: <input type="checkbox"/>	AHORROS: <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO:
BANCO: <u>Bancolombia</u>	SUCURSAL: <u>Centro</u>	CIUDAD: <u>Bogotá</u>	

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

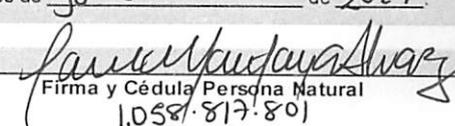
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: leidy.lauramontoya@gmail.com

En constancia se firma en: Bogotá D.C. a los (7) del mes de Junio de 2024.

Firma del Representante Legal y Sello


 Firma y Cédula Persona Natural
1.058.817.801

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.830.059**

MONTOYA ALVAREZ
APELLIDOS

SANDRA JULIANA
NOMBRES

Sandra Juliana Montoya
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1985**

NEIRA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

11-FEB-2004 NEIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabatriz
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ REHIFO LOPEZ



P-0907600-35125521-F-0024830059-20040719

0163404198B 03 130698606

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.058.817.801

MONTOYA ALVAREZ

APELLIDOS

LEIDY LAURA

NOMBRES

REPÚBLICA DE
COLOMBIA



Handwritten signature
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1989

NEIRA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. RH

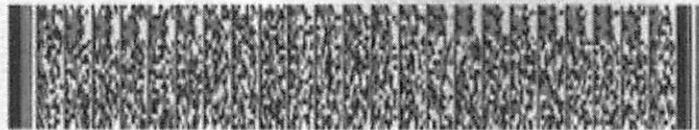
F

SEXO

23-MAR-2007 NEIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Handwritten signature
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



A-0907600-00887547-F-1058817801-20170304 0054119509A.1 47500360

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.830.059**

MONTOYA ALVAREZ
APELLIDOS

SANDRA JULIANA
NOMBRES

Sandra Juliana Montoya
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1985**

NEIRA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

11-FEB-2004 NEIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-0907600-35125521-F-0024830059-20040719

0163404198B 03 130698606

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **87.714.430**
OQUENDO VILLACREZ

APELLIDOS
OSCAR JULIAN

NOMBRES



FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

30-SEP-1973

**IPIALES
(NARIÑO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

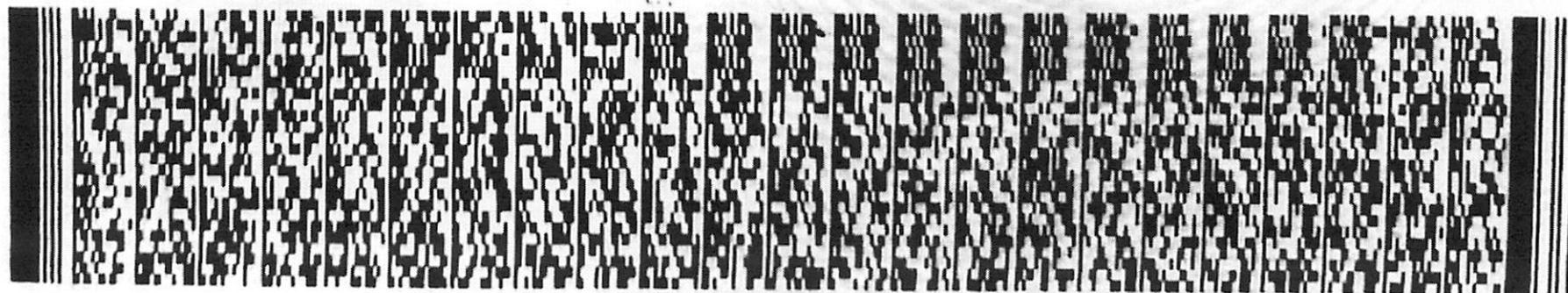
08-NOV-1991 IPIALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00639778-M-0087714430-20141112

0041022981A 2

1163114813

Certificación Bancaria

Viernes, 31 de mayo de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LEIDY LAURA MONTOYA ALVAREZ identificado(a) con CC 1058817801, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	64072149295	2017-02-08	ACTIVO	*****

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

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

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

Señor (a)

FISCAL TREINTA Y TRES (33) SECCIONAL DE BOGOTA D.C.

UNIDAD DE VIDA

Ciudad.

REFERENCIA: RADICADO NRO. 110016000019201807750.

VÍCTIMA: IMBAD DE JESÚS MONTOYA RESTREPO.

ASUNTO: PRESENTACIÓN DE DESISTIMIENTO.

SANDRA JULIANA MONTOYA ÁLVAREZ, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 24'830.059 expedida en Neira (Caldas); **LEIDY LAURA MONTOYA ÁLVAREZ**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.058.817.801 expedida en Neira (Caldas), obrando en calidad de víctimas en calidad de hijas del fallecido en los hechos acaecidos el pasado veintiuno (21) de octubre de 2018 en la ciudad Bogotá D.C., y que son los hechos objeto de investigación dentro del presente radicado, y en cumplimiento a lo conciliado con **EQUIDAD SEGUROS GENERALES S.A.**, dentro de la diligencia llevada a cabo el día veintinueve (29) de mayo de 2024, ante el Juzgado Treinta y Tres (33) Civil Municipal de Bogotá D.C., dentro del proceso declarativo con radicado 11001400303320220029800, en donde se llegó a un acuerdo de reparación por los hechos objeto de este proceso penal, por lo que nos dirigimos a usted con el fin de solicitar se proceda a acoger las siguientes:

I. PETICIONES

- 1. SE ACEPTE EL DESISTIMIENTO INCONDICIONAL** que a través del presente escrito elevamos las suscritas en calidad de víctimas derivadas de nuestra condición de hijas del señor **IMBAD DE JESÚS MONTOYA (QEPD)**, y a favor de quien aparezca como indiciado dentro del radicado en referencia.
- 2. SE DISPONGA LA EXTINCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL** como consecuencia de la conciliación como medio de solución de conflictos.
- 3. Como consecuencia de la anterior petición, DE POR TERMINADO EL PROCESO PENAL EN REFERENCIA** disponiendo del archivo de la actuación, previamente efectuadas las anotaciones que fueren necesarias.

II. DERECHO

Invoco como fundamento de derecho, lo preceptuado en los artículos 76, 518 y 522 de la Ley 906 de 2004, aplicables al caso concreto



ESPACIO EN BLANCO

ESPACIO EN BLANCO

III. COMPETENCIA

Es usted competente, Señora Fiscal Seccional, para resolver esta petición, por encontrarse conociendo del proceso en referencia.

Del (a) Señor (a) Fiscal, respetuosamente,

Sandra Juliana Montoya A

SANDRA JULIANA MONTOYA ÁLVAREZ

C. C. Nro. 24'830.059 de Neira (Caldas)

Cel. 311 6633350

Correo: julianamontoya.26@gmail.com

Leidy Laura Montoya Álvarez

LEIDY LAURA MONTOYA ÁLVAREZ

C. C. Nro. 1.058.817.801 de Neira (Caldas)

Cel. 305 3598420

Correo: leidyauramontoya@gmail.com

NOTARIA 29
Carrera 13 No. 33 42. PBX: 7462929

PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

LUIS ALCIBIADES LOPEZ BARRERO
NOTARIO 29 (E) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

Compareció: **MONTOYA ALVAREZ LEIDY LAURA**

quien se identificó con: C.C. 1058817801
y declaró Que reconoce como suya la
FIRMA impuesta en el presente documento
y declara como cierto su CONTENIDO. Por
lo tanto en señal de asentimiento procede a
firmar esta diligencia. El compareciente
solicitó y autorizó el tratamiento de sus
datos personales al ser verificada su
identidad cotejando sus huellas digitales y
datos biográficos contra la base de datos
de la Registraduría Nacional del Estado
Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com
para verificar este documento.



ohrg0



Luis Alcibiades Lopez Barrero
EL DECLARANTE 13391-f737454c

Bogotá D.C., 2024-06-11 13:24:57





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



COD 3648

En la ciudad de Neira, Departamento de Caldas, República de Colombia, el treinta y uno (31) de mayo de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría única del Círculo de Neira, compareció: SANDRA JULIANA MONTOYA ALVAREZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0024830059 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

3648-1

Sandra Juliana Montoya A



a3fb37c973

31/05/2024 15:38:33

----- 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.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: PRESENTACION DESISTIMIENTO



Mario Restrepo Hoyos

Sandra Juliana Montoya Alvarez

MARIO RESTREPO HOYOS

Notario Único del Círculo de Neira, Departamento de Caldas
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: a3fb37c973, 31/05/2024 15:38:44

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO TREINTA Y TRES CIVIL MUNICIPAL
BOGOTÁ, D.C., VEINTINUEVE (29) DE MAYO DOS MIL VEINTICUATRO (2024)
ARTÍCULO 372 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO

PROCESO:	PROCESO VERBAL
DEMANDANTE:	SANDRA JULIANA MONTOYA ÁLVAREZ Y LEIDY LAURA MONTOYA ÁLVAREZ
DEMANDADO:	PABLO JOSÉ PATIÑO FONSECA, JUAN GABRIEL ARIAS GRANADOS Y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES S.A.
RADICACIÓN:	11001 4003 033 2022 00298 00

ACTA AUDIENCIA

EN BOGOTÁ D.C., A LOS VEINTINUEVE (29) DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2024, SIENDO LAS 10:13 A.M., SE CONSTITUYÓ EN AUDIENCIA PÚBLICA EL JUEZ TREINTA Y TRES CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ, DENTRO DEL PROCESO DE LA REFERENCIA, CON EL FIN DE ADELANTAR LA AUDIENCIA QUE REGLA EL ARTÍCULO 372 DEL C.G. DEL P., JUNTO CON SU SECRETARIA AD HOC.

COMPARECIENTES:

NOMBRE	CALIDAD
SANDRA JULIANA MONTOYA ÁLVAREZ	PARTE DEMANDANTE
LEIDY LAURA MONTOYA ÁLVAREZ	PARTE DEMANDANTE
ÓSCAR JULIÁN OQUENDO VILLACRÉS	APODERADO PARTE DEMANDANTE
MARÍA TERESA MORIONES DE ROBALLO	REPRESENTANTE LEGAL DE EQUIDAD SEGUROS GENERALES S.A.
JUANA CAROLINA PERNÍA OSORIO	APODERADA SUSTITUTA DE EQUIDAD SEGUROS GENERALES S.A.
LUISA FERNANDA ROMERO CUPAJITA	CURADORA AD LITEM DE PABLO JOSÉ PATIÑO FONSECA, JUAN GABRIEL ARIAS GRANADOS

ACTUACIONES:

INICIO DE LA AUDIENCIA: VEINTINUEVE (29) DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2024, SIENDO LAS 10:13 A.M.

TOMA DE COMPARECENCIA DE LAS PARTES Y SUS APODERADOS: NOMBRE E IDENTIFICACIÓN- EN LOS TÉRMINOS QUE REGLA EL ARTÍCULO 107 DEL C.G. DEL P., TAL Y COMO QUEDARON CONSIGNADOS EN EL AUDIO. (GRABACION 1 MINUTO 0:45)

POR EL DESPACHO: SE RECONOCE PERSONERIA JURIDICA A LA ABOGADA JUANA CAROLINA PERNÍA OSORIO APODERADA SUSTITUTA DE EQUIDAD SEGUROS GENERALES S.A. (GRABACION 1 MINUTO 05:41)

INSTALACIÓN DE LA AUDIENCIA. (GRABACION 1 MINUTO 06:10)

CAUSALES NULIDAD-MEDIDA DE SANEAMIENTO (GRABACION 1 MINUTO 07:06)

LA JUDICATURA NO ADVIERTE CAUSAL DE NULIDAD Y NINGUNA MEDIDA DE SANEAMIENTO QUE DEBA ADOPTARSE.

DECISION QUE SE NOTIFICA EN ESTRADOS. SIN RECURSOS.

ETAPA DE CONCILIACIÓN. (GRABACION 2 MINUTO 00:12)

PREVIAS LAS ADVERTENCIAS HECHAS POR EL DESPACHO, SE ARRIBÓ AL PRESENTE ACUERDO:

EQUIDAD SEGUROS GENERALES S.A., DE ACUERDO A LAS AUTORIZACIONES DADAS POR NUESTRO COMITÉ, OFRECE LA SUMA DE 50 MILLONES DE PESOS COMO UNA INDEMNIZACIÓN O CONCILIACIÓN POR TODOS LOS PERJUICIOS OCASIONADOS.

MANIFESTAMOS LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS:

LAS PARTES HAN DECIDIDO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA CONCILIAR TODAS LAS DIFERENCIAS QUE HAN SURGIDO O QUE PUEDAN LLEGAR A SURGIR ENTRE ELLAS DERIVADAS DE LOS HECHOS OCURRIDOS EL PASADO 21 DE OCTUBRE DEL 2018, COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO, EN DONDE RESULTÓ FALLECIDO EL SEÑOR HIMBAD DE JESÚS MONTOYA RESTREPO, POR LA POR LA SUMA TOTAL, ÚNICA Y DEFINITIVA DE CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$50.000.000).

EL PAGO DE LA SUMA ANTERIORMENTE CITADA, SERA REALIZADA POR PARTE DE EQUIDAD SEGUROS GENERALES S.A., ORGANISMO CORPORATIVO EN FAVOR DE LA SEÑORA LEIDY LAURA MONTOYA ÁLVAREZ, QUIEN ES DEMANDANTE EN EL PRESENTE PROCESO JUDICIAL, DENTRO DE LOS 20 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN LA QUE SE RECEPCIONE LA DOCUMENTACIÓN A LA AVENIDA 6ª BIS NO. 35 N - 100, OFICINA 212 DEL CENTRO COMERCIAL EMPRESARIAL CHIPICHAPE, EN LA CIUDAD DE CALI, Y A LAS DIRECCIONES ELECTRÓNICAS: JPERNIA@GHA.COM.CO Y NOTIFICACIONES@GHA.COM.CO.

LOS DOCUMENTOS SON:

1. FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
2. FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN
3. COPIA DE LA SEGURA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150% DE LAS DEMANDANTES Y SU APODERADO
4. CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE LA CUENTA BANCARIA Y LA TITULARIDAD DE LA SEÑORA LEIDY, QUE ES QUIÉN LA PERSONA QUE VA A RECIBIR EL PAGO, LA CUAL NO PUEDE SER SUPERIOR A DOS MESES.
5. DOS EJEMPLARES DEL ESCRITO DE DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL, DEBIDAMENTE FIRMADO Y CON PRESENTACIÓN PERSONAL CON NOTARÍA.
6. COPIA DE LA PRESENTE ACTA DE AUDIENCIA.

SE MANIFIESTA QUE LA OBLIGACIÓN DEL PAGO EQUIDAD SEGUROS ESTARÁ SUJETA A LA RECEPCIÓN DE MANERA FÍSICA Y ELECTRÓNICA DE LOS DOCUMENTOS REFERIDOS.

ADICIONALMENTE, BAJO ESTA CELEBRACIÓN LOS DEMANDANTES DECLARAN QUE SON LOS ÚNICOS PERJUDICADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESENTE DEMANDA Y DE TODO EL ACCIDENTE OCURRIDO Y EN ESA MEDIDA, MANIFIESTAN QUE NO EXISTE NINGÚN OTRO TIPO DE DEMANDANTE O AQUELLA PERSONA QUE PUEDA TENER ALGÚN DERECHO O QUE COMPRAR. Y, EVENTUALMENTE, SI EXISTE UNA PERSONA QUE PUEDA TENER IGUAL DERECHO O MAYOR DERECHO, ESTOS COMPROMETEN SU RESPONSABILIDAD Y BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTAN EXPRESAMENTE QUE SON LOS ÚNICOS CON DERECHO A SER RESARCIDOS Y SON LAS ÚNICAS PERSONAS QUE PODRÍAN RECLAMAR EVENTUALMENTE UNA INDEMNIZACIÓN A RAÍZ DEL ACCIDENTE, DEL 21 DE OCTUBRE DEL 2018, QUE NOS CONVOCA A LA PRESENTE DILIGENCIA Y AFIRMA QUE NO SABEN O QUE NO CONOCEN DE OTRAS PERSONAS QUE PUEDAN LLEGAR A ALEGAR EVENTUALMENTE, QUE TIENEN UN MEJOR DERECHO CON OCASIÓN AL PRESENTE ACUERDO.

EN VIRTUD DE ELLO, LOS DEMANDANTES SE COMPROMETEN A RESPONDER CON SU PROPIO PECULIO ANTE LA EVENTUAL, APARICIÓN DE PERSONAS QUE ALEGUEN QUE PUEDAN ACREDITAR O TENER UN MEJOR DERECHO QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, QUE EL DÍA DE HOY SE ESTÁ CONCILIANDO; DE MANERA QUE LOS DEMANDANTES GARANTIZAN QUE SERÁN AQUELLOS QUE INDEMNICEN A LAS PERSONAS QUE EVENTUALMENTE TENGAN ESTOS DERECHOS.

UNA VEZ RECIBIDO EL PAGO ACORDADO, SE ENTENDERÁ OCURRIDO EL RESARCIMIENTO QUE CONSTITUYE LA INDEMNIZACIÓN INTEGRAL DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR AQUELLOS QUE DARIAN LUGAR A LA EXTINCIÓN DE LA PRESENTE ACCIÓN POR COSA JUZGADA, TANTO EN LAS ACCIONES PENALES, CIVILES, ADMINISTRATIVAS O CUALQUIERA DE OTRA ÍNDOLE QUE LLEGASEN A GENERARSE EN VIRTUD DEL ACCIDENTE DEL PASADO 21 DE OCTUBRE DEL 2018.

DE LA ANTERIOR PROPUESTA SE CORRE TRASLADO AL APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE, PARA QUE DE MANERA VERBAL MANIFIESTEN SI ACEPTAN DICHO ACUERDO Y ASIMISMO EXPONGAN SI FUE EL QUE SE ARRIVO DURANTE ESTA ETAPA PROCESAL:

ASUMIENDO LA VOCERÍA Y LA REPRESENTACIÓN DE LAS DEMANDANTES, MANIFIESTA QUE TIENEN EL INTERÉS DE ACEPTAR LA PROPUESTA VERBALIZADA POR PARTE DE LA REPRESENTANTE DE LA LLAMADA EN GARANTIA E IGUALMENTE, SOLICITA LA REMISIÓN DE LOS FORMULARIOS QUE SE TIENEN QUE DILIGENCIAR PARA ADELANTAR EL TRAMITE CORRESPONDIENTE. PARA QUE SE PROCEDA DE CONFORMIDAD CON ESA CIRCUNSTANCIA, DE ACUERDO CON LAS ÓRDENES IMPARTIDAS POR PARTE DE SUS PODERDANTES, EN EL SENTIDO DE ACEPTAR LA PROPUESTA REALIZADA POR PARTE DE LA LLAMADA EN GARANTÍA.

POR EL DESPACHO:

LA JUDICATURA DEJA UNA SALVEDAD EN LA QUE LOS ACUERDOS CONCILIATORIOS VINCULAN ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE A LAS PARTES QUE SE OBLIGAN DENTRO DE ESTE TIPO DE ACTOS Y NO PUEDE COMPROMETER

EL DERECHO DE ACCIÓN O DERECHOS DE TERCEROS TENIENDO EN CUENTA QUE ES UNA CUESTION INTERPARTES.

LUEGO, CUALQUIER CLAUSULA EN CONTRARIO Y QUE AFECTE A TERCEROS DEVENDRIA INEFICAZ.

LAS DEMANDANTES A VIVA VOZ MANIFIESTAN:

SANDRA JULIANA MONTOYA ÁLVAREZ Y LEIDY LAURA MONTOYA ÁLVAREZ DE FORMA CONSCIENTE VOLUNTARIA Y SIN NINGUNA PRESIÓN ACEPTAN LA PROPUESTA REALIZADA POR EQUIDAD SEGUROS GENERALES S.A.

ASIMISMO SE INDAGA A LA CURADORA AD LITEM, QUIEN MANIFIESTA NO TENER REPAROS.

DECISIÓN (GRABACION 3 MINUTO 02:29)

EN MÉRITO DE LO EXPUESTO EL **JUZGADO TREINTA Y TRES CIVIL MUNICIPAL EN ORALIDAD DE BOGOTÁ,**

RESUELVE

PRIMERO: APROBAR EL ACUERDO DE CONCILIACIÓN AL QUE HAN LLEGADO LAS PARTES EN LOS TÉRMINOS ATRÁS CONSIGNADOS, ESCUCHADOS EN ESTA ACTUACION, VERBALIZADOS POR LA REPRESENTACIÓN DE EQUIDAD SEGUROS.

SEGUNDO: COMO CONSECUENCIA DE LO ANTERIOR **ORDENAR** EL LEVANTAMIENTO DE LAS MEDIDAS CAUTELARES SI SE HUBIESEN PRACTICADO.

TERCERO: SIN CONDENA EN COSTAS.

CUARTO: DISPONER EL ARCHIVO DEL ASUNTO, PREVIA CANCELACIÓN DE SU RADICACIÓN.

QUINTO: LA PRESENTE CONCILIACIÓN TIENE EFECTOS DE COSA JUZGADA Y PRESTA MÉRITO EJECUTIVO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LOS ACUERDOS EN ELLA CONTENIDOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 306 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO.

SEXTO. SE TIENE EN CUENTA QUE ESTA ACTUACION SOLAMENTE VINCULA A LOS ACA COMPARECIENTES.

LA PRESENTE DECISIÓN SE NOTIFICA EN ESTRADOS. SIN RECURSOS.

POR SECRETARIA REMÍTASE COPIA DEL ACTA DE CONCILIACIÓN.

EN CONSTANCIA SE LEVANTA LA PRESENTE ACTA. TÉNGASE EN CUENTA QUE LA MISMA SE LLEVÓ A CABO A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN MICROSOFT TEAMS, POR LO QUE BASTA CON DEJAR CONSTANCIA DE LA MISMA DENTRO DEL EXPEDIENTE. SE ADJUNTA LA REPRODUCCIÓN DEL AUDIO RESPECTIVO.

HERNÁN ANDRÉS GONZÁLEZ BUITRAGO
JUEZ

MARCELA AGUIRRE
SECRETARIA AD HOC

ETIQUETA

MENSAJERÍA



700129087453

12/06/2024 14:42

RUTA	BOG	CLO
CAS.	<u>68</u>	<u>69</u>
PTA.	5	12-1

A25
X1



Guia: 700129087453

DE: LEIDY LAURA MONTOYA ALVAREZ / BOGOTA/CUNDICOL

PESO: 1 KG	COD. VTA: 835	BOLSA #:	COD. POSTAL: 11
------------	---------------	----------	-----------------

PARA: COD. POSTAL: 760046328
 CENTRO EMPRESARIAL CHIPICHAPE
 AV 6 A BIS # 35 NORTE - 100
 CALI/VALLICOL
 OBS:

VALOR A	CONTADO
COBRAR:	\$ 0

CALI/VALLICOL



Enviar a: Av. 6a Bis # 35N-100
Oficina 212
Centro Empresarial Chipichape
Ciudad de Cali
NIT: 900 701533-7
Telefono: 315 5776200

Remite: Leidy Laura Montoya Álvarez
C.C. 1.058.817.801
Tel: 3053598420
Dirección: Cra 2 # 16A-12
Correo: Lmontoyaalvarez4@gmail.com.