

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.130.672.034**

ARANDA JIMENEZ

APELLIDOS
DIRECTRY ANDRES

NOMBRES


FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUL-1987**

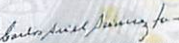
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

12-JUL-2005 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100100-00209836-M-1130672034-20100120 0020157747A 1 1050616264



CERTIFICADO

**SANTIAGO DE
CALI, VALLE,
COLOMBIA,
AXA COLPATRIA**

23/05/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DINECTRY ANDRES ARANDA JIMENEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1130672034**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	488420858224
Fecha de apertura	26/04/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



Señores
FISCALIA GENERAL DE LA NACION
Atte: Dr. OSCAR MARIO MORA GIL
Fiscal 54 Local
UNIDAD DE COMPETENCIAS GENERALES
SUB GRUPO LESIONES CULPOSAS
La Ciudad



VENTANILLA UNICA DE CORRESPONDENCIA - CALI



CALI-54-LUCG - No. 20240060151292

Fecha Radicado: 2024-05-23 13:30:11

Anexos: SIN ANEXOS.

REFERENCIA: DELITO DE LESIONES PERSONALES CULPOSAS - EN ACCIDENTE DE TRANSITO.
RADICACIÓN No. 7600160991652021-81111

Yo, **DANIEL LEANDRO RAMIREZ RESTREPO** mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio, me permito por la presente manifestar de manera voluntaria dentro del proceso de la referencia, que desisto de la acción adelantada, debido a que se me ha pagado una indemnización integral correspondiente a toda clase de perjuicios morales y materiales como consecuencia del accidente ocurrido el **7 DE ABRIL DEL 2021**, donde se vio involucrado el vehículo de placa **MJO579** conducido por el señor **OSCAR ALONSO GIRALDO OSSA (INDICIADO)**.

De esta manera, renuncio a la intervención de peritos para que evalúen los perjuicios, por cuanto estoy conforme con la liquidación del perjuicio por valor de **CINCUENTA MILLONES DE PESOS** moneda legal corriente (\$50.000.000 M/Cte.), suma ya pagada; en este sentido, desisto de toda acción civil o penal, presente o futura que se esté tramitando o se llegara a tramitar como consecuencia de los hechos ya indicados, contra la Compañía **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, el propietario **YOLANDA OSSA ORTEGO** y conductor del vehículo **MJO579**, **OSCAR ALONSO GIRALDO OSSA**, por encontrarse a **PAZ** y **SALVO** de su obligación.

Al recibir la indemnización por parte de los directos responsables de las lesiones y perjuicios materiales, estoy ejerciendo el derecho que me otorga la norma, y manifiesto bajo la gravedad del juramento, que no deben reclamar otras personas naturales o jurídicas que pretendan ejercer el derecho de acuerdo al grado de consanguinidad y afinidad.

Le informo a este despacho que el presente desistimiento lo hago de manera libre y espontánea, sin ninguna presión y por consiguiente solicito sea aceptado mi requerimiento, llevando el proceso a la declaratoria de Preclusión de la Instrucción, y en consecuencia de lo mismo solicito se levante el pendiente al vehículo de placa **MJO579**

Cordialmente,

Daniel Leandro Ramirez Restrepo.

INDEMNIZADO
DANIEL LEANDRO RAMIREZ RESTREPO
C.C. No.1.107.085.104 de Cali (Valle)

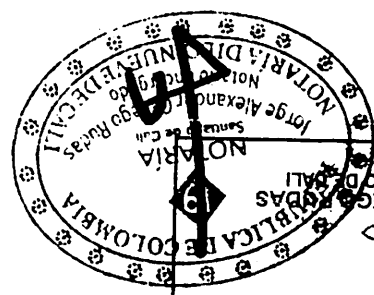


NOTARIA DIECINUEVE DE CALI
AUTENTICACION Y RECONOCIMIENTO
Sandago de Cali
En Cali, 2024-05-23 11:45:48
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad
RAMIREZ RESTREPO DANIEL LEANDRO
a quien identifiqué con C.C. 1107085104
Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie, es suya. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad colejando 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.

9465-13e70150

Daniel Ramirez

COMPARTEMENTO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA
NOTARIA DIECINUEVE DE CALI
Sandago de Cali
(la presente diligencia se surtió por solicitud reiterada y expresa del compareciente)

Fecha de Diligenciamiento: Dia Mes Año Ciudad Sucursal

Tipo de solicitud: ☐ Vinculación ☒ Actualización Clase de Vinculación: ☐ Tomador/Suscriptor/Contratante ☒ Asegurado ☐ Beneficiario

☐ Afianzado ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otro ¿Cuál?

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Persona natural y persona jurídica (para persona jurídica serán los datos del representante legal)

Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

Género: ☐ F ☒ M Tipo de Documento: ☒ C.C. ☐ NIT ☐ C.E. ☐ Reg. Civil ☐ Pasaporte ☐ Otro Número

Fecha de Expedición: Lugar de Expedición: Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento: Nacionalidad 1: Nacionalidad 2: E-mail:

Teléfono Celular: Teléfono Fijo: Dirección Residencia:

Ciudad: Departamento: Empresa donde labora:

Dirección Oficina: Teléfono Oficina: Ciudad de la empresa:

Celular Oficina: Tipo de Empresa: ☐ Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otro ¿Cuál?

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ Si ☒ No ¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público? ☐ Si ☒ No

¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? ☐ Si ☒ No Indique ¿Es Servidor Público? ☐ Si ☒ No

¿Tiene usted la condición de Persona Expuesta Políticamente? (D.1674/16) ☐ Si ☒ No Indique

¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta? ☐ Si ☒ No Indique

¿Es usted Representante Legal de una Organización Internacional? ☐ Si ☒ No Indique

¿Esta usted sujeto a Obligaciones Tributarias en otro país o Países? ☐ Si ☒ No ¿Cuál(es)?

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

PERSONA NATURAL (ACTIVIDAD ECONÓMICA)

Actividad Económica: ☒ Asalariado ☐ Socio ☐ Inversionista ☐ Independiente ☐ Hogar ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Estudiante ☐ Comerciante

CIUJ (Código): Ocupación/Oficio/Profesión: Cargo (Asalariado):

Actividad Secundaria: CIUJ (Código): Dirección: Teléfono:

¿Qué tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o comerciantes)

PERSONA JURÍDICA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)

Nombre o Razón Social: NIT: DIV:

Tipo de Empresa: ☐ Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otro ¿Cuál?

Actividad Económica: CIUJ (Código): Dirección Of. principal: Teléfono:

Correo Electrónico: Teléfono Celular: Dirección Sucursal:

3. INFORMACION FINANCIERA (Persona Natural y Persona Jurídica) - Valores en Pesos y en SMMLV

Ingresos Mensuales (SMMLV)	Egresos Mensuales (SMMLV)	Otros Ingresos Mensuales (SMMLV)	Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)	Patrimonio (Pesos)
☐ <1 ☐ De 1 a 2 ☐ De 2 a 4 ☒ De 4 a 8 ☐ De 8 a 13 ☐ >13	☐ <1 ☐ De 1 a 2 ☐ De 2 a 4 ☒ De 4 a 8 ☐ De 8 a 13 ☐ >13	☒ <1 ☐ De 1 a 2 ☐ De 2 a 4 ☐ De 4 a 8 ☐ De 8 a 13 ☐ >13	80.000.000	40.000.000	80.000.000

Concepto de Otros Ingresos:

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 espacio debe anexarse la relación):

Tipo ID	Número de ID	Razón Social o Nombres completos	% Participación	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su Actividad u Oficio goza de Reconocimiento Público General?	¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta?	¿Esta usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países? Indique cuáles:
				☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	
				☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	
				☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	

4. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? ☐ Si ☒ No ¿Cuál? ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☒ Transferencias

¿Posee productos financieros en el exterior? ☐ Si ☒ No en caso positivo descríbalos a continuación ☐ Otras ¿Cuáles?

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

5. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿Ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones en seguros en los dos últimos años? ☐ Si ☒ No

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Se requiere adjuntar la siguiente documentación:

- En todos los casos es necesario adjuntar fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% (Para personas jurídicas se debe adjuntar la del Representante Legal y original o fotocopia del RUT y Certificado de Existencia y representación legal con vigencia no superior a tres (3) meses).
- En caso de ser apoderado, adjuntar el poder.

La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN Y DESTINO DE RECURSOS, Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____, identificado con No. _____ de _____, (lo como aparezco identificado al pie de mi firma) ante AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A. (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro: 1. Que toda la información que he suministrado y suministraré a través de cualquier medio es veraz, actual, completa, exacta, comprobable, comprensible y pertinente en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. 2. Que tanto mi actividad económica como mi profesión son lícitas, que las ejerzo dentro de los marcos legales y que los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato, son lícitos y provienen de: _____. 3. Que los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 4. Que me obligo para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

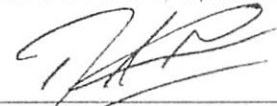
Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) serán las entidades Responsables del Tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, por lo tanto, AUTORIZO LIBREMENTE Y DE MANERA EXPRESA A LAS COMPAÑÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender las solicitudes de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo; ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios; iii) prestar los servicios que de la(s) mis(ma)s solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable; iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes; v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros. Para efectos de esta autorización, entiendo que como Titular de la información, me asienten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiéndolo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LAS COMPAÑÍAS, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado, y finalmente entiendo que para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web <https://www.axacolpatria.co>.

AUTORIZACIONES PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPAÑÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministre, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPAÑÍAS, para que accedan, consulten, comparen, reporten, comuniquen, permitan el acceso y evalúen toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. 4. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información suministrada por cualquier medio que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. Autorizo de manera irrevocable, que en caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que esta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. 6. Autorizo de manera expresa, para ser contactado entre otros medios, a través del envío de correos electrónicos, mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS).

Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento el día 21 de MAYO del año 20 24


Firma del cliente

DIRECTRY ANDRES ARANDA JIMENEZ

Nombre del cliente

1 130 972 034

No. de identificación



Huella

TEXTO DE REEMPLAZO DE FIRMA. Conforme a lo establecido en la normatividad SARLAFT, es permitido sustituir su firma y huella en este formulario, siempre y cuando se tomen las medidas efectivas para garantizar el conocimiento de su identidad, para tal efecto, usted podrá remitir este formulario completamente diligenciado, a través de su correo electrónico registrado en este formulario, poniendo en el asunto solamente su número de identificación sin espacios, comas y puntos y adjuntando copia nítida de su documento de identificación, registrado en este formulario, por ambas caras, y remitirlo al correo de su Asesor de Seguros. Mediante este hecho usted indica que la información contenida en este formulario cuenta con su aprobación, y autoriza el tratamiento de sus datos personales mediante una conducta inequívoca, considerando las observaciones que sobre dicha autorización usted haya registrado en el formulario.

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista	Día	Mes	Año	Hora de la entrevista	Resultado	☒ Aprobado ☐ Rechazado
Observaciones	Nombre del Intermediario / Asesor responsable / Entrevistador					
	Clave					
	Firma Intermediario / Asesor responsable / Entrevistador					