

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL

JUZGADO DIECIOCHO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

Santiago de Cali, Veintidós (22) de febrero de dos mil veinticuatro
(2024)

PROCESO: **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL**
RADICACIÓN: **760013103018-2021-00117-00**
DEMANDANTES: **LEIDY JOHANA MUÑOZ Y OTROS**
DEMANDADOS: **ALLIANZ SEGUROS S.A. Y OTROS**

G. HERPERA & ASOCIADOS

14 MAR 2024

INICIO AUDIENCIA: **08:33 am**
FIN DE LA AUDIENCIA: **11:16 am**

NO IMPLICA AUSENCIA

INTERVINIENTES:

JUEZA: Dra. ALEJANDRA MARÍA RISUEÑO MARTÍNEZ.

**AUDIENCIA PÚBLICA
(ARTICULO 372 C. G.
del P.)
ACTA N° 007/**

I.) INTERVINIENTES:

1:49 – 19:37 Min

Demandantes: **LEIDY JOHANA MUÑOZ RUALES**
SIXTA TULIA RUALES GUERRERO
SIGIFREDO MUÑOZ RUALES

Apoderado parte demandante: **Dr. LUIS FELIPE HURTADO CATAÑO**

Demandados: **CARLOS ALBERTO SOLARTE SOLARTE**

Apoderado: **Dra. CAROLINA RIVERA PERDOMO**

UNION TEMPORAL DE DESARROLLO VIAL DEL VALLE DEL CAUCA -UTDVVCC

Representante Legal: **MÓNICA ALEXANDRA RIVERA PERDOMO**

PAVIMENTOS COLOMBIA S.A.S.

Representante Legal: **MARTHA HELENA OSPINA ARISTIZABAL**

ALLIANZ SEGUROS S.A.

Representante Legal: **Dra. MARIA CLAUDIA ROMERO**

Apoderado: **Dr. JUAN DIEGO ROBLES RUIZ**

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Representante legal: **Dr. GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

Apoderada: **Dra. VALENTINA CASAS VALENCIA**

Secretaria Ad hoc: **LADI KATHERINE CAICEDO LAMPREA**

Jueza: ALEJANDRA MARÍA RISUEÑO MARTÍNEZ

Se da inició a la audiencia de que trata el artículo 372 del C. G. del P.

II.) EXCEPCIONES PREVIAS:

20:00 - 27:00 Min.

RESUELVE: PRIMERO: Declarar **NO PROBADA** la excepción previa de "**FALTA DE JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA**", por las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO: CONDENAR en costas en este trámite a la parte pasiva. Por secretaria liquidense de conformidad con lo establecido en el artículo 366 del C.G. del P., señalando como agencias en derecho la suma equivalente a un (1) SMLMV.

La presente decisión queda notificada en estado.

RECURSO DE REPOSICIÓN Apoda. CAROLINA RIVERA PERDOMO 27:08 – 28:50 Min

CORRE TRASLADO del recurso APDO. parte demandante 29:12 – 29:52 Min

RESUELVE NO REPONER la condena en costas 31:58 – 33:58 Min

Saneado el proceso y resuelta la excepción previa, se dispone a instalar la audiencia de que trata el artículo 372 del C.G.P., se procede a iniciar con la **FASE DE CONCILIACIÓN**

III.) ETAPA CONCILIATORIA:

2:33:05 – 2:43:28 Min.

Las partes en su totalidad han llegado al siguiente

ACUERDO

1. Fijar como indemnización integral por los perjuicios demandados por la vía de Responsabilidad Civil Extracontractual un monto total de \$130.000.000.00 que serán asumidos y pagados de la siguiente manera:
 - \$94.400.000.00 a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A. y
 - \$35.100.000.00 a cargo de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

De los \$94.900.000.00 que corresponde a ALLIANZ SEGUROS S.A. se consignarán a su vez \$49.400.000.00 a la señora LEIDY JOHANA MUÑOZ RUALES a la cuenta bancaria que ella determine y la suma de \$45.500.000.00 al apoderado de la parte demandante Doctor LUIS FELIPE HURTADO CATAÑO.

Por parte de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., los \$35.100.000.00 se depositarán a la cuenta que determine la señora LEIDY JOHANA MUÑOZ RUALES.

2. Las anteriores sumas de dinero serán depositadas a las cuentas que los beneficiarios establezcan en el plazo máximo de 20 días a partir de la radicación a satisfacción de los siguientes documentos:
 - a. Formato de conocimiento del cliente
 - b. Cedula de ciudadanía de las personas que recibirán las sumas de dinero.
 - c. Certificado bancario no mayor a 30 días
 - d. Desistimiento de la acción penal debidamente autenticado y radicado ante la Fiscalía de conocimiento del caso.
 - e. Copia del acta de la presente audiencia de conciliación.
3. Se reconoce el deducible del 10% por parte de la UNION TEMPORAL DE DESARROLLO VIAL DEL VALLE DEL CAUCA -UTDVVCC en favor de la aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A. que corresponde a la suma de \$13.000.000.00 que será

girado directamente a la aseguradora el día 5 de abril de 2024, a la cuenta de ahorro Bancolombia No. 03194207599.

4. Sin lugar a condena en costa por darse la terminación por vía de conciliación.

AUTO: Escuchado el anterior acuerdo conciliatorio, el despacho lo encuentra conforme a derecho en todas sus partes, toda vez que la materia litigiosa es conciliable, obedece a derechos netamente patrimoniales y particulares de los convocados y los intervinientes han manifestado entenderlo en todas sus partes, y por ende.

PRIMERO: Se imparte **APROBACIÓN** al acuerdo conciliatorio en los términos referidos.

SEGUNDO: LEVANTAR de todas las medidas cautelares que se hubiera practicado y ordenado por el Despacho.

TERCERO: Cumplido lo anterior, **ARCHIVASE** el presente asunto.

La presente decisión queda notificada a las partes por estrados.


ALEJANDRA MARÍA RISUEÑO MARTÍNEZ
JUEZA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.114.730.993

MUÑOZ RUALES

APELLIDOS

LEYDI JOHANNA

NOMBRES

Leydi Johanna Muñoz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1991

DAGUA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

08-JUN-2009 DAGUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-3103700-00176472-F-1114730993-20090910

0015889555A 1

29018403

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.143.836.087**

HURTADO CATAÑO

APELLIDOS

LUIS FELIPE

NOMBRES

Luis Felipe H.

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

03-MAR-1991

**CALI
(VALLE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

07-ABR-2009 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



Escaneado con CamScanner

P-3100100-00157853-M-1143836087-20090529 0011801287A.1

32367892

DEL ESTADO CIVIL



Consejo Superior
de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
LUIS FELIPE

APELLIDOS:
HURTADO CATANO

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA

GLORIA STELLA LÓPEZ JARAMILLO

[Signature]

[Signature]

UNIVERSIDAD
COOP. DE COL. BOGOTÁ

FECHA DE GRADO
29/11/2013

CONSEJO SECCIONAL
VALLE

CEDULA
1143806112

FECHA DE EXPEDICIÓN
17/11/2014

TARJETA N°

Señores,
Fiscalía 37 Local de Cali (Valle)

Referencia. Desistimiento de la acción penal
Radicación. 762336000172201600680
Victima. Shary Julieth Muñoz Ruales

Leidy Johana Muñoz Ruales, identificada con Cédula de ciudadanía número 1.114.730.993 de Dagua (Valle), obrando en nombre propio en mi calidad de representante legal de la menor Shary Julieth Muñoz Ruales, identificada con Tarjeta de Identidad Número 1.113.068.618, por medio de este documento desisto de la acción penal iniciada de oficio por la fiscalía 37 Local de Cali (Valle), como consecuencia de las lesiones personales que sufrió mi hija el 17 de septiembre del 2016 en la vía vía Buenaventura – Buga aproximadamente por el (Km 66+634), al caerle una piedra en la cabeza, que le causó graves lesiones personales, mientras se desplazaba como acompañante en la motocicleta de placas WHY88C.

Si bien no hay individualizado ninguna persona, desisto de la acción penal y de la acción civil iniciadas o que se puedan iniciar contra de Carlos Alberto Solarte Solarte, Unión Temporal de Desarrollo Vial del Valle del Cauca (UTDVVCC), Pavimentos Colombia S.A.S, Allianz Seguros S.A, Chubb Seguros Colombia S.A y cualquier otra persona que pudiera resultar involucrada por acción u omisión en este hecho.

Por lo anterior, solicito al fiscal archivar la investigación penal y levantar cualquier medida cautelar que se haya decretado en virtud de esta investigación.

Leidy Johanna Muñoz Ruales
Leidy Johana Muñoz Ruales
C.C 1.114.730.993 de Dagua (Valle).

**NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO DE
RESTREPO - VALLE DEL CAUCA**
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
EL NOTARIO UNICO DE RESTREPO VALLE CERTIFICA

Que: Leidy Johanna Muñoz Ruales
quien se identifico con: 1.114.730.993.
manifestó que reconoce expresamente el contenido de este
documento y que la firma que en el aparecen es la suya.
En constancia se firma nuevamente y coloca la huella de su
dedo índice derecho.

En Restrepo (V) el día, 28 Feb 2024,

Firma, Leidy Johanna Muñoz Ruales



ALFONSO GONZÁLEZ LOPEZ
Notario



EN BLANCO

19/04/14



Seguro estamos.

Autorización de pagos

☐ ¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?	☐ SI ☒ NO
☐ ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general?	☐ SI ☒ NO
☐ ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?	☐ SI ☒ NO
☐ ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?	☐ SI ☒ NO

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

Nombre o razón social		
Ledy Johanna Muñoz Rojas		
Oficina principal: Dirección	Ciudad	
Vereda la Yumbaregümba de la	Daguer - Valle	
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligencian las personas jurídicas)		
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Tipo de documento		
N°		
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.	
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 él.	
Código Entidad Financiera (según relación)	Número de Cuenta (validar según relación)
051	05504884092423558
Tipo de Cuenta ☐ Corriente ☒ Ahorros	
En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en ventallas (23) oficinas de la red nacional.	
PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.	
Bancolombia: ☐ Efectivo: ☐ Tarjeta Allianz: ☐	
NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.	
SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA 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 ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA 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 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.	
IMPORTE: 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 manifestos 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. 28 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6055903 y a nivel nacional: 018000514405 - opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.	
2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entregue 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 inexistencias en la información, 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 ejercer 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: #266 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al Cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co	

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 ejercer 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: #266 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al Cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co	

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO			
En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma			
Nombre: Ledy Johanna Muñoz			
C.C. No. 7774 130 993			
Códigos entidad financiera			
Entidad	Código	Entidad	Código
Entidad	001	Entidad	001
Entidad	002	Entidad	002
Entidad	003	Entidad	003
Entidad	004	Entidad	004
Entidad	005	Entidad	005
Entidad	006	Entidad	006
Entidad	007	Entidad	007
Entidad	008	Entidad	008
Entidad	009	Entidad	009
Entidad	010	Entidad	010
Entidad	011	Entidad	011
Entidad	012	Entidad	012
Entidad	013	Entidad	013
Entidad	014	Entidad	014
Entidad	015	Entidad	015
Entidad	016	Entidad	016
Entidad	017	Entidad	017
Entidad	018	Entidad	018
Entidad	019	Entidad	019
Entidad	020	Entidad	020
Entidad	021	Entidad	021
Entidad	022	Entidad	022
Entidad	023	Entidad	023
Entidad	024	Entidad	024
Entidad	025	Entidad	025
Entidad	026	Entidad	026
Entidad	027	Entidad	027
Entidad	028	Entidad	028
Entidad	029	Entidad	029
Entidad	030	Entidad	030
Entidad	031	Entidad	031
Entidad	032	Entidad	032
Entidad	033	Entidad	033
Entidad	034	Entidad	034
Entidad	035	Entidad	035
Entidad	036	Entidad	036
Entidad	037	Entidad	037
Entidad	038	Entidad	038
Entidad	039	Entidad	039
Entidad	040	Entidad	040
Entidad	041	Entidad	041
Entidad	042	Entidad	042
Entidad	043	Entidad	043
Entidad	044	Entidad	044
Entidad	045	Entidad	045
Entidad	046	Entidad	046
Entidad	047	Entidad	047
Entidad	048	Entidad	048
Entidad	049	Entidad	049
Entidad	050	Entidad	050
Entidad	051	Entidad	051
Entidad	052	Entidad	052
Entidad	053	Entidad	053
Entidad	054	Entidad	054
Entidad	055	Entidad	055
Entidad	056	Entidad	056
Entidad	057	Entidad	057
Entidad	058	Entidad	058
Entidad	059	Entidad	059
Entidad	060	Entidad	060
Entidad	061	Entidad	061
Entidad	062	Entidad	062
Entidad	063	Entidad	063
Entidad	064	Entidad	064
Entidad	065	Entidad	065
Entidad	066	Entidad	066
Entidad	067	Entidad	067
Entidad	068	Entidad	068
Entidad	069	Entidad	069
Entidad	070	Entidad	070
Entidad	071	Entidad	071
Entidad	072	Entidad	072
Entidad	073	Entidad	073
Entidad	074	Entidad	074
Entidad	075	Entidad	075
Entidad	076	Entidad	076
Entidad	077	Entidad	077
Entidad	078	Entidad	078
Entidad	079	Entidad	079
Entidad	080	Entidad	080
Entidad	081	Entidad	081
Entidad	082	Entidad	082
Entidad	083	Entidad	083
Entidad	084	Entidad	084
Entidad	085	Entidad	085
Entidad	086	Entidad	086
Entidad	087	Entidad	087
Entidad	088	Entidad	088
Entidad	089	Entidad	089
Entidad	090	Entidad	090
Entidad	091	Entidad	091
Entidad	092	Entidad	092
Entidad	093	Entidad	093
Entidad	094	Entidad	094
Entidad	095	Entidad	095
Entidad	096	Entidad	096
Entidad	097	Entidad	097
Entidad	098	Entidad	098
Entidad	099	Entidad	099
Entidad	100	Entidad	100
Entidad	101	Entidad	101
Entidad	102	Entidad	102
Entidad	103	Entidad	103
Entidad	104	Entidad	104
Entidad	105	Entidad	105
Entidad	106	Entidad	106
Entidad	107	Entidad	107
Entidad	108	Entidad	108
Entidad	109	Entidad	109
Entidad	110	Entidad	110
Entidad	111	Entidad	111
Entidad	112	Entidad	112
Entidad	113	Entidad	113
Entidad	114	Entidad	114
Entidad	115	Entidad	115
Entidad	116	Entidad	116
Entidad	117	Entidad	117
Entidad	118	Entidad	118
Entidad	119	Entidad	119
Entidad	120	Entidad	120
Entidad	121	Entidad	121
Entidad	122	Entidad	122
Entidad	123	Entidad	123
Entidad	124	Entidad	124
Entidad	125	Entidad	125
Entidad	126	Entidad	126
Entidad	127	Entidad	127
Entidad	128	Entidad	128
Entidad	129	Entidad	129
Entidad	130	Entidad	130
Entidad	131	Entidad	131
Entidad	132	Entidad	132
Entidad	133	Entidad	133
Entidad	134	Entidad	134
Entidad	135	Entidad	135
Entidad	136	Entidad	136
Entidad	137	Entidad	137
Entidad	138	Entidad	138
Entidad	139	Entidad	139
Entidad	140	Entidad	140
Entidad	141	Entidad	141
Entidad	142	Entidad	142
Entidad	143	Entidad	143
Entidad	144	Entidad	144
Entidad	145	Entidad	145
Entidad	146	Entidad	146
Entidad	147	Entidad	147
Entidad	148	Entidad	148
Entidad	149	Entidad	149
Entidad	150	Entidad	150
Entidad	151	Entidad	151
Entidad	152	Entidad	152
Entidad	153	Entidad	153
Entidad	154	Entidad	154
Entidad	155	Entidad	155
Entidad	156	Entidad	156
Entidad	157	Entidad	157
Entidad	158	Entidad	158
Entidad	159	Entidad	159
Entidad	160	Entidad	160
Entidad	161	Entidad	161
Entidad	162	Entidad	162
Entidad	163	Entidad	163
Entidad	164	Entidad	164
Entidad	165	Entidad	165
Entidad	166	Entidad	166
Entidad	167	Entidad	167
Entidad	168	Entidad	168
Entidad	169	Entidad	169
Entidad	170	Entidad	170
Entidad	171	Entidad	171
Entidad	172	Entidad	172
Entidad	173	Entidad	173
Entidad	174	Entidad	174
Entidad	175	Entidad	175
Entidad	176	Entidad	176
Entidad	177	Entidad	177
Entidad	178	Entidad	178
Entidad	179	Entidad	179
Entidad	180	Entidad	180
Entidad	181	Entidad	181
Entidad	182	Entidad	182
Entidad	183	Entidad	183
Entidad	184	Entidad	184
Entidad	185	Entidad	185
Entidad	186	Entidad	186
Entidad	187	Entidad	187
Entidad	188	Entidad	188
Entidad	189	Entidad	189
Entidad	190	Entidad	190
Entidad	191	Entidad	191
Entidad	192	Entidad	192
Entidad	193	Entidad	193
Entidad	194	Entidad	194
Entidad	195	Entidad	195
Entidad	196	Entidad	196
Entidad	197	Entidad	197
Entidad	198	Entidad	198
Entidad	199	Entidad	199
Entidad	200	Entidad	200
Entidad	201	Entidad	201
Entidad	202	Entidad	202
Entidad	203	Entidad	203
Entidad	204	Entidad	204
Entidad	205	Entidad	205
Entidad	206	Entidad	206
Entidad	207	Entidad	207
Entidad	208	Entidad	208
Entidad	209	Entidad	209
Entidad	210	Entidad	210
Entidad	211	Entidad	211
Entidad	212	Entidad	212
Entidad	213	Entidad	213
Entidad	214	Entidad	214
Entidad	215	Entidad	215
Entidad	216	Entidad	216
Entidad	217	Entidad	217
Entidad	218	Entidad	218
Entidad	219	Entidad	219
Entidad	220	Entidad	220
Entidad	221	Entidad	221
Entidad	222	Entidad	222
Entidad	223	Entidad	223
Entidad	224	Entidad	224
Entidad	225	Entidad	225
Entidad	226	Entidad	226
Entidad	227	Entidad	227
Entidad	228	Entidad	228
Entidad	229	Entidad	229
Entidad	230	Entidad	230
Entidad	231	Entidad	231
Entidad	232	Entidad	232
Entidad	233	Entidad	233
Entidad	234	Entidad	234
Entidad	235	Entidad	235
Entidad	236	Entidad	236
Entidad	237	Entidad	237
Entidad	238	Entidad	238
Entidad	239	Entidad	239
Entidad	240	Entidad	240
Entidad	241	Entidad	241
Entidad	242	Entidad	242
Entidad	243	Entidad	243
Entidad	244	Entidad	244
Entidad	245	Entidad	245
Entidad	246	Entidad	246
Entidad	247	Entidad	247
Entidad	248	Entidad	248
Entidad	249	Entidad	249
Entidad	250	Entidad	250
Entidad	251	Entidad	251
Entidad	252	Entidad	252
Entidad	253	Entidad	253
Entidad	254	Entidad	254
Entidad	255	Entidad	255
Entidad	256	Entidad	256
Entidad	257	Entidad	257
Entidad	258	Entidad	258
Entidad	259	Entidad	259
Entidad	260	Entidad	260
Entidad	261	Entidad	261
Entidad	262	Entidad	262
Entidad	263	Entidad	263
Entidad	264	Entidad	264
Entidad	265	Entidad	265
Entidad	266	Entidad	266
Entidad	267	Entidad	267
Entidad	268	Entidad	268
Entidad	269	Entidad	269
Entidad	270	Entidad	270
Entidad	271	Entidad	271
Entidad	272	Entidad	272
Entidad	273	Entidad	273
Entidad	274	Entidad	274
Entidad	275	Entidad	275
Entidad	276	Entidad	276
Entidad	277	Entidad	277
Entidad	278	Entidad	278
Entidad	279	Entidad	279
Entidad	280	Entidad	280
Entidad	281	Entidad	281
Entidad	282	Entidad	282
Entidad	283	Entidad	283
Entidad	284	Entidad	284
Entidad	285	Entidad	285



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%.

Ciudad: Cali

Fecha:

DÍA	MES	AÑO
11	03	2024

Tipo de trámite: Vinculación ☒ Actualización ☐

Persona Natural

Primer apellido Munoz		Segundo apellido Rudles		Nombres Completos Leydi Johanna	
Documento de Identidad		Fecha de expedición 08/Junio/2009		Lugar de expedición Daque	
Personas Nacionales Cédula ☒ T.I ☐ NIT. ☐ NUIP ☐ No 1114.730.993		Personas Extranjeras C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐ No _____ 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 cual ingresó a Colombia: No _____	
Fecha de nacimiento 03/01/1991	Lugar de nacimiento Daque-valle	Nacionalidad Colombia	Dirección de Residencia Vereda la Ylomba-Corregimiento la Gacarena		
Ciudad Daque-Valle	Teléfono 522.6907	E-mail leydi1114730993@gmail.com	Celular 318.853.9980		
Oficio o profesión Pura de Casa		Actividad: Independiente ☒ Dependiente ☐			
Empresa donde trabaja No		Cargo No		Teléfono No	
Fax No		Dirección comercial No		Ciudad No	
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 ☒		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique: 		NOTA: Si alguna de las respuestas es afirmativa el cliente, se encuentra en categoría PEP por lo cual este formulario debe contener el Vo.Bø. del Gerente según corresponda en el espacio destinado para ello *	
Actividad económica				Código CIU	
Ingresos Mensuales (Pesos) 1.300.000		Egresos mensuales(Pesos) 1.000.000			
Activos (Pesos) 2.000.000		Pasivos (Pesos) 1.000.000			
Patrimonio (Pesos) 1.000.000		Otros Ingresos (Pesos) 0			
Concepto otros ingresos 0					

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	
Actividad económica	Código CIIU		

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición		Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Nacionalidad	

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. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
Descripción de la Actividad económica			Código CIIU
Especifique			

Ingresos Mensuales (Pesos)	1.300.000	Egresos mensuales (Pesos)	1000.000
Activos (Pesos)	2.000.000	Pasivos (Pesos)	1.000.000
Patrimonio (Pesos)	1.000.000	Otros Ingresos (Pesos)	0
Concepto otros ingresos	0		

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 Leidy Johana Muñoz Morales 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.) Independiente; 2) Que los recursos que se derivan del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., FIDUCIARIA COLSEGUROS 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 DATACREDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLD, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones FASECOLD - 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: 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: (i) Quiénes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transmisión de datos; (ii) Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLD y sus filiales; (iii) Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; (iv) 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.

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales, así como para fines tributarios, incluidas las autoridades de otros países.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 de Bogotá, teléfono 5600600. Se le informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co. 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.

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 negativas.

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.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma,

Firma del Responsable de la Vinculación (Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social:

Clave No./Cargo del Funcionario:

Firma del cliente:

Nombre:

C.C. No.

Derecho del Cliente

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique):

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

Resultado:

APROBADO ☐

RECHAZADO ☐

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

*Vo.Bo. por parte del Gerente, según corresponda (cuando se trate de un PEP)

Nombre:

Firma:

Fecha:

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?
 ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general?
 ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?
 ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?

SI ☐ NO ☒
 SI ☐ NO ☒
 SI ☐ NO ☒
 SI ☐ NO ☒

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

Tomador

Nombre o razón social: **Luis Felipe Hurtado Catano**

Nit. / C.C. **1143.836.087**

Oficina principal: Dirección **Cra 4#11-45/Of 321** Ciudad **Calí**

Teléfono **8828306**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)

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.
 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 confirmarlo para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación) **007** Número de Cuenta (validar según relación) **75812907191** Tipo de Cuenta ☒ Corriente ☐ Ahorros

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

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA 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 CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia:

Tarjeta Allianz:

Cheque ☐ Efectivo ☐

Diligencia número y tipo de cuenta a seleccionar pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.

SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA 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 ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA 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.

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: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: **Luis Felipe Hurtado Catano**
 C.C. No. **1143836087 de Calí**

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Crédito	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	8, 12, 14 ó 16 dígitos	8, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
DaviVitalda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomer	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

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



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%.

Ciudad: Cali

Fecha:

DÍA	MES	AÑO
17	03	2024

Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☒

Persona Natural									
Primer apellido Hurtado			Segundo Apellido Cartaño			Nombres Completos Luis Felipe			
Documento de Identidad			Fecha de expedición 09/04/2009			Lugar de expedición Coli			
Personas Nacionales			Personas Extranjeras			NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:			
Cédula ☒ T.I. ☐ NIT. ☐ NUJP ☐			C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐						
No 1143.836.087			No			No			
Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.									
Fecha de nacimiento 03/03/1991		Lugar de nacimiento Coli		Nacionalidad Colombia		Dirección de Residencia Cra 4 # 11-45 oficina 321			
Ciudad Coli		Teléfono 882.8306		E-mail repave.felipe@gmail.com		Celular 3007060472			
Oficio o profesión Abogado			Actividad: ☐ Independiente ☐ Dependiente ☐						
Empresa donde trabaja Repave Abogados			Cargo Asesor Jurídico			Teléfono 882.8306			
Fax			Dirección comercial Cra 4 # 11-45 of 321			Ciudad Coli			
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ SI ☒ NO			Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:			NOTA: Si alguna de las respuestas es afirmativa el cliente, se encuentra en categoría PEP por lo cual este formulario debe contener el Vo.Ba. del Gerente según corresponda en el espacio destinado para ello *			
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									
Actividad económica Jurídica			Código CIU 6970						
Ingresos Mensuales (Pesos) 3'000.000			Egresos mensuales (Pesos) 2'000.000						
Activos (Pesos) 20'000.000			Pasivos (Pesos) 10.000.000						
Patrimonio (Pesos) 50'000.000			Otros Ingresos (Pesos) 0						
Concepto otros ingresos 0									
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			
Actividad económica						Código CIU			
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:									
Primer apellido			Segundo Apellido			Nombres Completos			
Tipo de documento		N°		Fecha de expedición		Lugar de expedición			
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Nacionalidad					
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 anejarse la relación)									
Razón social o Nombres Completos			Tipo de Identificación			Número		% de participación	
			C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐						
			C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐						
			C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐						
			C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐						
			C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐						
Descripción de la Actividad económica						Código CIU			
Especifique									

seer 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. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		

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 WISTENPE FUNDOS, 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.) Alquiler de inmuebles; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DEVIDA 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 DATACREDITO 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 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 atienda 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

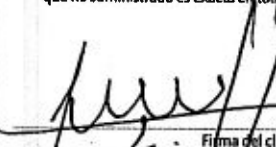
Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, 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 negocialas.

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

(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social:
Clave No./ Cargo del funcionario:

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique):

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

Resultado: APROBADO ☒ RECHAZADO ☐

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**RESTREPO,
VALLE DEL
CAUCA,
COLOMBIA,
A quien interese**

27/02/2024

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora LEYDI JOHANNA MUNOZ RUALES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1114730993**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488409242358
Fecha de apertura	17/09/2019

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Certificado Bancario

Viernes, 16 de febrero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS FELIPE HURTADO CATANO identificado(a) con CC 1143836087, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	75812907191	2013/09/09	ACTIVA

***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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Formulario de Conocimiento de Cliente Persona Natural

Fecha diligenciamiento			Ciudad		Clase de vinculación	
11 Día	03 Mes	2024 Año	Cali		Tomador ☒ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Otro ☐ Cual:	
1. Información Básica						
Nombres			Primer Apellido		Segundo Apellido	
Leydi Johanna			Munoz		Rozas	
Tipo de Documento	Número de Documento	Fecha de Expedición ID		Fecha de Nacimiento		Nacionalidad
Cedula	1114730993	08 Día	06 Mes	2009 Año	03 01 Día Mes	1991 Año
Dirección Residencia			Ciudad Residencia		Departamento Residencia	
vereda la Yolombá - corregimiento Lobo Guerrero			Dagua - Valle		valle del Cauca	
Correo electrónico					Teléfono o Celular	
leidy1114730993@gmail.com					318853 99 80	
Actividad Principal					CIIU (Cód)	
Ama de casa.						
Empresa donde Trabaja		Dirección Empresa		Ciudad Empresa	Cargo	
No		No				

Es usted una Persona Expuesta Políticamente, está vinculado o asociado a una de ellas? (Ver definición en el pie de página).

SI ☐ NO ☒

Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?

SI ☐ NO ☒

Si la respuesta es afirmativa por favor diligenciar la sección de conocimiento mejorado de Personas Políticamente Expuestas.

1. Persona Expuesta Políticamente (PEP): consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos. Funciones ejercidas a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. Es PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

2. PEP de organizaciones internacionales: Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

3. PEP extranjeros: Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

4. Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas políticamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas políticamente expuestas. Los que sean asociados cercanos (cuando sea socio, asociado o tenga negocios con una PEP, ya sea por medio de una Persona Jurídica o mediante una relación directa entre Personas Naturales).

Conocimiento Mejorado de Personas Expuestas Políticamente

Vínculo / Relación	Tipo de ID	Número de ID	Nombre	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha desvinculación

Información Financiera

Ingresos Mensuales (pesos)	Egresos Mensuales (pesos)	Activos (pesos)
1.300.000	7.000.000	2.000.000
Pasivos (pesos)	Patrimonio	Otros Ingresos
7.000.000	7.000.000	0

2. Declaración de Origen de Fondos / Riqueza

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio de la Compañía es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable.
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 la(s) actividades descritas anteriormente.

Origen de fondos: Actividad independiente

3. Cláusula de Autorización

Consideraciones

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

Autorización

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por Chubb Seguros Colombia S.A., con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, en la Carrera 7 # 71 - 21 Torre B Piso 7, teléfono 601 3266210, la Compañía con la que efectivamente se suscriban contratos de seguros y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la(s) sociedad(es) matriz de las sociedad referenciada y con la que se suscriban contrato(s) de seguros.

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad (es)

Dirección _____ Teléfono _____

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente.

Si ☒ No ☐

Declaro expresamente:

1. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de Chubb Seguros Colombia S.A., suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

2. Que Chubb Seguros Colombia S.A., me ha informado, de manera expresa:

- I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por Chubb Seguros Colombia S.A., para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con Chubb Seguros Colombia S.A., incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por Chubb Seguros Colombia S.A., xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
- II. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.
- III. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz Chubb Seguros Colombia S.A. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con Chubb Seguros Colombia S.A., tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales Chubb Seguros Colombia S.A. adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, 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, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
- IV. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.
- V. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.
- VI. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
- VII. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que, como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
- VIII. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es Chubb Seguros Colombia S.A., cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de bs datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 601 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

- b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 601 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 601 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente 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, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales

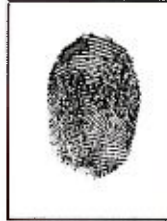
Si ☒ No ☐

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

3. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

Firma

Reidy Johana Muñoz



Huella dactilar

Observaciones
