



Juzgado Tercero Civil del Circuito
Edif. Condado Plaza Calle 7ª N° 13-56 Oficina 313 Telefax 602-2360061
Email: j03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co
Guadalajara de Buga Valle del Cauca

AUDIENCIA INICIAL ARTÍCULO 372 C.G.P.

ACTA DE AUDIENCIA No. 037

Proceso: **Declarativo Responsabilidad Civil Extracontractual**

Demandante: **Juan Pablo Gordillo Martínez y otros**

Demandado: **Mathías Wilhelm Siegfried Grube y otro**

Radicación No. 76-111-31-03-003-**2022-00089**-00

Firma el 06 09 2024, luego de revisión.

En Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, siendo las dos de la tarde (02:00 p.m.) del día viernes treinta (30) de agosto de dos mil veinticuatro (2024), hora y fecha fijada en Acta de Audiencia No. 028 del 25 de julio de 2024¹, para llevar a cabo la Continuación de la Audiencia Inicial de que trata el artículo 372 del CGP, la que se realiza de manera virtual a través de la plataforma LIFESIZE proporcionada por el Consejo Superior de la Judicatura, grabada en medio audiovisual y audio.

Inicia el señor juez la presente audiencia procediendo a su grabación en audio, con la presentación e identificación de la parte demandante y del extremo pasivo a través de sus respectivos apoderados, diligencias que constarán en la presente acta.

1. IDENTIFICACIÓN DE LOS SUJETOS PROCESALES:

A la audiencia asistieron las siguientes personas:

Parte Demandante:

- JUAN PABLO GORDILLO MARTÍNEZ (Víctima directa)
CC. No. 1'010.059.925
- FERNANDO GORDILLO DÍAZ (Padre)
CC. No. 14'890.417
- LUZ MARINA MARTÍNEZ PIÑARETE (Madre)
CC. No. 38'870.975
- SANTIAGO GORDILLO MARTÍNEZ (Hermano)
CC. No. 1'107.512.978
- LUZ MARÍA DÍAZ MENDEZ (Abuela)
CC. No. 29'283.772

- Dr. ANDRÉS FELIPE POSSO ARANA - Apoderado demandantes
CC. No. 94'481.680 de Buga y T.P. 244.618 del CSJ.

Parte Demandada:

- Dra. NAYIBI RICAURTE PINZÓN - Apoderada Ddo. MATHÍAS WILHELM SIEGFRIED
CC. No. 31'941.144 de Cali y T.P. 52.784 del CSJ.

- Dr. DANIEL LOZANO VILLOTA - apoderado sustituto HDI SEGUROS S.A.
CC. No. 1'085.332.549 y T.P. 353.098 del CSJ.

¹ Archivo Digital 084 Cuaderno Principal 1



Juzgado Tercero Civil del Circuito

Edif. Condado Plaza Calle 7ª N° 13-56 Oficina 313 Telefax 602-2360061

Email: j03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

Guadalajara de Buga Valle del Cauca

Se informó por el despacho que esta audiencia tiene dos finalidades:

- i) Verificar si hay ánimo conciliatorio no y en caso afirmativo terminar el proceso.
- ii) En caso negativo terminar la audiencia definiendo lo del peritaje que se incorporó de oficio por el despacho y que fue presentado por pasiva, indicando si el peritaje es conforme a derecho o no en virtud del principio de legalidad e incluso de licitud de la prueba, ordenando una valoración de la víctima directa el señor JUAN PABLO.

2. CONCILIACIÓN

Esta judicatura proporcionó el espacio adecuado para que los extremos procesales trataran de llegar a ese acercamiento en la fórmula de arreglo que han venido proponiendo en las audiencias que se han llevado a cabo en el presente litigio, por lo que suspendió la grabación de la diligencia.

Se suspende la audiencia siendo las dos y dieciocho de la tarde (02:18 p.m.)

Se reanuda la audiencia y concedido el uso de la palabra a los apoderados de las partes, quienes manifiestan tener ánimo conciliatorio. Se corre traslado de la propuesta al demandante quien manifiesta aceptarla.

<Minuto 0:10:08 segunda sesión> La familia, GORDILLO MARTÍNEZ en cabeza del señor JUAN PABLO expresamente aceptan.

- La cantidad de doscientos millones de pesos (\$ 200.000.000 M.L.), la aceptación de este proceso que se da plenamente satisfecho y el compromiso de desistimiento de la acción penal.
- Que todo el dinero se ingrese en la cuenta del demandante principal en su calidad de afectado directo.

El despacho dado que el demandante principal directo y codemandantes aceptaron expresamente lo aludido anteriormente, acoge la conciliación por hallarse ajustada a la Ley, en consecuencia,

El Juzgado Tercero Civil del Circuito de Guadalajara de Buga, departamento del Valle del Cauca, mediante,

AUTO INTERLOCUTORIO No. 851 <Minuto 0:12:35 segunda sesión>

RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el acuerdo conciliatorio al que han llegado las partes en el presente proceso.

SEGUNDO: DECLARAR que esta conciliación es conforme a derecho le imparte legalidad, que la misma hace tránsito a cosa juzgada total y presta mérito ejecutivo.



Juzgado Tercero Civil del Circuito

Edif. Condado Plaza Calle 7ª N° 13-56 Oficina 313 Telefax 602-2360061

Email: j03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

Guadalajara de Buga Valle del Cauca

TERCERO: El acuerdo conciliatorio CONSISTE en que la demandada HDI SEGUROS S.A. se obliga a pagar en favor de los demandantes y en un pago total de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000)**, consignación que se deberá realizar a la Cuenta de Ahorros adscrita a la entidad BANCOLOMBIA No. 06254880521 a favor del demandante señor JUAN PABLO GORDILLO MARTÍNEZ identificado con la cédula de ciudadanía No. 1'010.059.925. Pago que se realizará por la aseguradora en un término de **VEINTE (20) DÍAS HÁBILES** los que se cuentan a partir de la recepción de los documentos tanto de forma electrónica como física en la ciudad de Cali, avenida 6A Bis No. 35N - 100 Oficina 212 así como por correo electrónico a la entidad notificaciones@gha.com.co y dlosano@gha.com.co, a saber:

- Copia de la cédula de ciudadanía del señor JUAN PABLO.
- Diligenciar formato de conocimiento de cliente de persona natural y autorización de tratamiento de datos, que debe diligenciar el señor JUAN PABLO GORDILLO.
- Acta de la diligencia.
- Solicitud de desistimiento de la acción penal con presentación personal.
- Una certificación bancaria de la cuenta en la que se hará el depósito que no puede tener una expedición mayor a 30 días.

CUARTO: TERMINAR el presente proceso por conciliación.

QUINTO: ARCHIVAR el presente asunto.

La presente decisión queda notificada en estrados.

La presente audiencia se termina siendo las dos y cuarenta y cinco de la tarde (02:45 pm) con la terminación del proceso.

3. LINK DE ACCESO A LOS VIDEOS DE LA AUDIENCIA

Primera Sesión: [VideoAudienciaArt372ConciliacTerminaProceso.mp4](#)

Segunda sesión [VideoAudienciaArt372ConciliacTerminaProceso.mp4](#)

Nota: Firma el 06 09 2024, luego de revisión

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

MSSL

Firmado Por:
Daniel Esteban Villa Perez
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 003
Buga - Valle Del Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **dd5b2c456bcd44165fd0a718188dfce754e43b06013299c7613107f11ee8589**

Documento generado en 06/09/2024 10:09:20 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

Guadalajara de Buga – Valle del Cauca, 06 de septiembre de 2024

**SEÑORES
FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN
FISCALIA 45 LOCAL
LA CIUDAD**



REF: DESISTIMIENTO
DELITO: LESIONES PERSONALES CULPOSAS EN A/T
RAD: 761116000166201900199

JUAN PABLO GORDILLO MARTINEZ identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y representación, **obrando en calidad de lesionado y víctima** dentro del proceso referenciado; dentro de los hechos ocurridos el día 13 de octubre de 2019 en jurisdicción del municipio de Guadalajara de Buga – Valle del Cauca, ante usted con el debido respeto y en pleno uso de mis facultades, me permito manifestar de manera libre, espontánea, sin apremio de ninguna clase que **DESISTO de toda acción PENAL**, civil, administrativa, policiva y de cualquier índole judicial y extrajudicial en favor de **MATHIAS WILHELM SIEGFRIED GRUBE** identificado con cédula de extranjería No. 1011212 de Alemania, en calidad de conductor del vehículo de placas **KGY876** y **HDI SEGUROS S.A** entidad privada identificada con Nit. 860.004.875-6.

Manifiesto que he sido indemnizado integralmente de manos de la compañía de seguros **HDI SEGUROS S.A** y que, por lo anterior, comedidamente solicito se ordene **el ARCHIVO DE LA INVESTIGACION y/o la PRECLUSION POR DESISTIMIENTO Y/O SE DE APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD** como **FORMAS de TERMINACION DEL PROCESO, respecto de los suscritos, abajo firmantes; y en el momento oportuno se ordene a quien corresponda la Entrega Definitiva de los vehículos involucrados**

Agradezco de antemano su atención.

Del Señor Fiscal,

**JUAN PABLO GORDILLO MARTINEZ
CC. No. 1.010.059.926 DE BUGA – VALLE**



Escritorio de Buga, Valle

**DILIGENCIA DE AUTENTICACIÓN
Y RECONOCIMIENTO**

Ante mí **MARIA DEL PILAR RAMOS ORTIZ,**
NOTARIA PRIMERA (E.) DE BUGA, VALLE
Compareció:



GORDILLO MARTINEZ JUAN PABLO

Identificado con C.C. **1010059926**

Y declara que el contenido del presente
documento es cierto y que la firma y huella
aquí impresas son suyas.



Buga, 2024-09-06 16:15:26

ACQUA E BASSA VOSTRA E BISSA CROSTINI E BISSA NOTARIA E BISSA

FIRMA COMPARECIENTE

Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar
este documento, código de verificación: **0428a**



Huella Compareciente

MARIA DEL PILAR RAMOS ORTIZ
NOTARIA PRIMERA (E.) DE BUGA, VALLE

09286 de 28/08/2024



IUS ABOGADOS CONSULTORES <iusabogadosconsultores@gmail.com>

2019-00199 DESISTIMIENTO

1 mensaje

IUS ABOGADOS CONSULTORES <iusabogadosconsultores@gmail.com> 9 de septiembre de 2024, 9:36 a.m.
Para: Hortencia Salcedo Arango <hortencia.salcedo@fiscalia.gov.co>, Daniel Lozano Villota <dlozano@gha.com.co>, ricaurteabogados@gmail.com

Guadalajara de Buga – Valle del Cauca, 09 de septiembre de 2024

**SEÑORES
FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN
FISCALÍA 45 LOCAL
LA CIUDAD**

REF: DESISTIMIENTO
DELITO: LESIONES PERSONALES CULPOSAS EN A/T
RAD: 761116000166201900199

Atentamente remito a sus dependencias desistimiento de la acción penal dentro de la causa con radicado No. 761116000166201900199 donde registra como víctima el señor **JUAN PABLO GORDILLO MARTINEZ.**

El desistimiento tiene como fundamento acuerdo conciliatorio a instancias de la Jurisdicción Civil en demanda de responsabilidad civil extracontractual, donde la compañía de seguros HDI se comprometió a pagar a la víctima directa la suma de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000)

Solicitó a sus dependencias, una vez verificado el pago, **el ARCHIVO DE LA INVESTIGACIÓN y/o la PRECLUSIÓN POR DESISTIMIENTO Y/O SE DÉ APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD como FORMAS de TERMINACIÓN DEL PROCESO**

Anexo: memorial desistimiento y acta de audiencia.

**ANDRES FELIPE POSSO ARANA
CC. 94.481.680
TP. 244.618 DEL C.S.J.**



Prueba Electrónica: Al recibir acuse de recibido por parte de esta dependencia se entenderá como aceptado y se tomará como prueba de la entrega del usuario. ([Ley 527 del 18-18-1999](#)), reconocimiento jurídico de los mensajes de datos en forma electrónica a través de las redes telemáticas.

El presente mensaje de datos, su contenido, archivos adjuntos y enlaces se encuentran rastreados con una herramienta de TRACKING electrónico suministrado por la compañía The Mail Track Company, S.L. C/ Córcega 301, At. 2. 08008 Barcelona - España.

2 archivos adjuntos

 **DESISTIMIENTO.pdf**
418K

 **Acta37 (2022-00089-00) 30 08 2024 RCE AudienciaConciliaTotalFirma 06 09.pdf**
572K



La Compañía realizará llamada para confirmación y/o actualización de los datos suministrados en el presente documento.

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

RAMO (1)		Ciudad	SUCURSAL	FECHA FORMULARIO		
GENERALES <input type="radio"/>	AUTOMÓVILES <input type="radio"/>	VIDA <input type="radio"/>		Día	Mes	Año

Declaro que este formulario ha sido diligenciado por mí, en mi condición de Tomador/Asegurado o por un Tercero con mi autorización y conocimiento.

Todos los campos de este formulario deben quedar completamente diligenciados, en los campos que no tenga información, por favor escriba N/A (No aplica). Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía.

SUPERVISOR GENERAL FINANCIERA DE COLOMBIA

SUCURSAL

F-013-04-01

REV. SEP. 2020

1. CLASE DE VINCULACIÓN						
Tomador <input type="checkbox"/>	Asegurado <input type="checkbox"/>	Afianzado <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>	Proveedor <input type="checkbox"/>	Intermediario <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/> Cual? _____
2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO / PROVEEDOR / INTERMEDIARIO / OTRA						
DATOS GENERALES DEL TOMADOR						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO*		NOMBRES*		
GORDILLO		MARTINEZ		JUAN PABLO		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FECHA EXPEDICIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN
C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> NO. 1.010.059.926				Día Mes Año		BUGA
LUGAR DE NACIMIENTO*				FECHA DE NACIMIENTO*		SEXO*
BUGA				Día Mes Año		F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>
NIVEL EDUCATIVO*				ESTADO CIVIL*		ESTUDIANTE UNIVERSITARIO
Bachillerato <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Postgrado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				Soltero <input checked="" type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/>		1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>
TIPO DE VIVIENDA*				ESTRATO*		NO. HIJOS*
Propia <input checked="" type="radio"/> Arriendo <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>				1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>		0
PERSONAJE PÚBLICO* (Ver definición PEP y Vinculados / Familiar)						
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			Es familiar o asociado de una persona pública? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO (En caso afirmativo responda los siguiente.)			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			Nombres y Apellidos _____ No. Identificación _____			
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			Parentesco _____ Cargo o actividad _____			
DATOS LABORALES DEL TOMADOR						
ACTIVIDADES						
TIPO DE ACTIVIDAD		ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA COMPANIA CON QUIEN TRABAJA				CIU
Independiente <input type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> Socio <input type="radio"/> Estudiante <input checked="" type="radio"/> Ama de Casa <input type="radio"/>		Comercial <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Transporte <input type="radio"/> Agroindustria <input type="radio"/> Construcción <input type="radio"/> Serv. Financieros <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>				
CARGO*		NOMBRE DE LA COMPANIA		TIPO DE EMPRESA		
				Oficial <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		
DATOS FINANCIEROS						
PESOS \$						
Ingresos Mensuales \$ 1.300.000		Total Activos \$ 11.000.000		Patrimonio \$ 11.000.000		
Egresos Mensuales \$ 750.000		Total Pasivos \$ 0		Otros Ingresos Mensuales \$ _____		
Detalle Otros Ingresos Mensuales _____						
RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al rui)						
0-13 Gran Contribuyente <input type="radio"/> 0-15 Autoretenedor <input type="radio"/> 0-33 Impuesto al Consumo <input type="radio"/> 0-47 Régimen simple de tributación <input type="radio"/> 0-48 Impuestos sobre las ventas IVA <input type="radio"/> 0-49 No responsable de IVA <input type="radio"/> Otras _____						
OPERACIONES INTERNACIONALES						
Realiza usted transacciones en moneda extranjera? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		TIPO DE TRANSACCION				Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
		Importaciones <input type="radio"/> Inversiones <input type="radio"/> Préstamos <input type="radio"/> Exportaciones <input type="radio"/> Transferencias <input type="radio"/> Pago de Servicios <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>				
ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD
DIRECCIONES						
TIPO	DIRECCIÓN	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA	
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3						
TELÉFONOS						
TIPO	NÚMERO	TIPO	NÚMERO	CORREO ELECTRÓNICO		
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax						
8. INFORMACIÓN ADICIONAL						
Indique los vínculos existentes entre el Tomador – Asegurado?		Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Ninguno <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				
Indique los vínculos existentes entre el Tomador – Beneficiario?		Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Ninguno <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				
Indique los vínculos existentes entre el Asegurado – Beneficiario?		Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Ninguno <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				
4. RECLAMACIONES						
Indique si en los últimos dos (2) años ha reclamado a HDI Seguros de Vida S.A. y/o HDI Seguros S.A., con el fin de verificar en nuestros archivos? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO						
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en esta u otra compañía de seguros en los últimos dos años?						
ANO	COMPANIA	TIPO DE SEGURO	VALOR	I: INDEMNIZACIÓN / R: RECLAMACIÓN		

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales e iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Ley 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 importantes de partidos políticos. Administradores: (Ley 222 de 1995, art. 22): Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detentan esas funciones. Vinculados / Familiares: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

**5. AUTORIZACIONES
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Obrando en nombre propio o en representación de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 – Estatuto Anticorrupción – y demás normas legales que regulen la prevención de lavado de activos para el sector asegurador.

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

APORTE DE SOSTENIMIENTO DE LOS PADRES

- Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- Autorizo a la Compañía para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.
- Me obligo con la Compañía a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar 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 dispuestos en la compañía.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

AUTORIZO de manera permanente e irrevocable a las Aseguradoras HDI Seguros de Vida S.A. y/o HDI Seguros S.A. para la compañía de Generales, en adelante llamadas "HDI Seguros", las cuales tienen los siguientes datos de contacto: domicilio principal ubicado en Bogotá D.C., en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@hdi.com.co., y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI Seguros tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales, para que con fines estadísticos, comerciales y de información procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la(s) Aseguradora(s) o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del contrato/póliza, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular, ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente. 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. Que he sido informado de las condiciones, las finalidades de la autorización y los derechos que le asisten al titular y responsable de la información entregada a la(s) Aseguradora(s), los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de HDI Seguros que se encuentra en www.hdi.com.co /Atención Al Cliente/ Protección de Datos, donde pueden ser consultadas constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

6. FIRMAS

El solicitante declara que los datos suministrados en la presente solicitud son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo o que pueda influenciar la decisión de la compañía respecto a esta solicitud, que conviene en aceptar una póliza sujeta a los términos y condiciones normales de la compañía y en pagar la prima correspondiente. Declara además que los activos que posee y en particular los que son objeto de esta solicitud de seguro, y los ingresos y egresos generados por la actividad que desarrolla, no provienen ni tienen vínculo alguno con actividades ilícitas. Declaro que conozco las condiciones del seguro ofrecido por la Compañía y sé que están publicadas permanentemente para mi consulta, en el sitio web www.hdi.com.co

Declaro que este formulario ha sido diligenciado por mí, en mi condición de Tomador/Asegurado o por un Tercero con mi autorización y conocimiento, como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmé y dejo huella en el presente documento.


FIRMA DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO/ APODERADO / PROVEEDOR/ INTERMEDIARIO/ OTRA



CIUDAD			
BUGA VALLE			
Día	Mes	Año	Hora 04:00
6	9	2024	a.m. <input type="radio"/> p.m. <input checked="" type="radio"/>

NOTA: Tenga presente que la compañía le realizará una llamada, para confirmar la información suministrada en el presente documento.

7. ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DEL INTERMEDIARIO / ENTREVISTA O VISITA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL

NOMBRES Y APELLIDOS (RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO)		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		CARGO	
NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN REALIZA LA VISITA		Día	Mes	Año	Hora
					a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>
RESULTADO DE LA VISITA					FIRMA DEL INTERMEDIARIO (RESPONSABLE)

8. ESPACIO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN ()

FECHA VERIFICACIÓN (--)			NOMBRE DE LA PERSONA QUE VERIFICA (--)			DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (--)		
Día	Mes	Año						
			OBSERVACIONES (--)			FIRMA (--)		

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones:

Documentos Obligatorios:

Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o cédula de extranjería).

Documentos Adicionales:

- Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.270 SMMLV.
- Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 381 SMMLV por cliente.
- Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 846 SMMLV.
 - Constancia de ingresos (Honorarios, laborales, certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda.
 - Inventario general de los bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.
 - Declaración de renta del último período gravable disponible en los casos que aplique.
 - Poder debidamente firmado con conocimiento en notaría. Si este documento es firmado por un apoderado debe adjuntar el poder debidamente firmado con conocimiento del notario y debe diligenciar la siguiente información:

DATOS DEL APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS _____

C.C. C.E. Otro _____ No. _____

NACIONALIDAD _____

NOTA: La Compañía podrá solicitar los documentos anteriormente mencionados cuando lo considere necesario.

HDI Seguros S.A Carrera 7 N° 72 – 13 Bogotá, D.C Conmutador 346 88 88 Línea de servicio al cliente Bogotá 307 83 20 Nacional 01 8000 129 728

FORMATO AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía. Los campos con asterisco (*) no aplican para Personas Jurídicas

1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO

PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL GORDILLO		SEGUNDO APELLIDO* MARTINEZ	NOMBRES* JUAN PABLO
TIPO DE PERSONA Natural <input checked="" type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> C.C. <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		No. 1.010.059.926

2. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (ÚNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES*
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.E. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		No.

3. CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales entregados a HDI Seguros S.A. a través de sus formatos establecido 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, así como los necesarios para el desarrollo de la relación existente entre las partes.
2. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
3. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente autorización.

4. AUTORIZACIÓN

- Para efectos de la presente autorización, entienda por aseguradora a HDI Seguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI Seguros tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales.
- I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de HDI Seguros o quien lo represente, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
 - II. Que autorizo de manera permanente e irrevocable a la Aseguradora o a quien represente sus intereses, para que con fines estadísticos, comerciales y de información procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la Aseguradora o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del contrato/póliza, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular, ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
 - III. Que adicionalmente autorizo a la Aseguradora para consultar y reportar datos relativos a reclamaciones e indemnizaciones (aplica exclusivamente para solicitud de seguros), al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento del tomador, asegurado, afianzado y/o beneficiario. Que he sido informado que las condiciones de la autorización entregada a la Aseguradora se encuentran publicadas en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de HDI Seguros S.A. que se encuentra en www.hdi.com.co / Atención Al Cliente/ Protección de Datos Personales, donde pueden ser consultadas constantemente.
 - IV. Que HDI Seguros o quien lo represente me han informado, de manera expresa:
 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por HDI Seguros o por quien lo represente, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor.
 - b. El proceso de negociación de contratos con HDI Seguros, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
 - d. El control y la prevención del fraude.
 - e. La liquidación y pago de siniestros.
 - f. Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado.
 - g. Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
 - h. La elaboración de estudios técnico – actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora.
 - i. Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes, confirmación de datos y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por HDI Seguros y/o Intermediario de seguros y/o proveedor de servicios.
 - k. Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA).
 - l. Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
 - m. La prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo.
 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por HDI Seguros o por el encargado del tratamiento que ella considere necesario.
 3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: 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 filial, subsidiaria, vinculada o de matriz de HDI Seguros.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados, entre otros.
 - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguros.
 - d. Las personas con las cuales HDI Seguros adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro.
 - e. Fasecolda, Inverías 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 de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
 4. 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.
 5. 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. En todo caso, para efectos del presente formato se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige de las mismas.
 6. 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.
 7. 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 y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
 8. RESPONSABLE Y ENCARGADO DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es HDI Seguros, cuyos datos de contacto se encuentran explícitos en su página web www.hdi.com.co. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán los determinados por HDI Seguros S.A.

- V. 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.

7. FIRMAS

Como Titular de la información o como representante del Titular previa acreditación de la representación declaro que como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo y dejo huella en el presente documento.



FIRMA DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO



HUELLA INDICE DERECHO

Ciudad: BUGA VALLE

Día	Mes	Año	Hora
6	9	2024	04:00

a.m. p.m.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

F-010-01-01

REV. JUL. 2019

Certificación Bancaria



Jueves, 5 de septiembre de 2024

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **JUAN PABLO GORDILLO MARTINEZ** identificado(a) con CC. **1010059926** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	062-548805-21	2023/07/12	Activa

*Importante: Esta constancia sólo 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Estrategia Empresarial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.059.926**

GORDILLO MARTINEZ

APELLIDOS

JUAN PABLO

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-OCT-2000**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

ESTATURA

O-

G.S. RH

M

SEXO

29-OCT-2018 BUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



Escaneado con CamScanner
P-3102200-01048922-M-1010059926-20181206

0063472768A 1

3085201000

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL