

Doctora:

**PATRICIA GALINDEZ**

Jueza Primera Civil del Circuito de Oralidad de Chiquinquirá

Doctora:

**MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ PIARPUSAN**

Apoderada de ALLIANZ SEGUROS S.A.

Doctora:

**MELIDA URANIA CORTÉS SÁENZ**

Curadora ad litem

**G. HERRERA \* ASOCIADOS**

**13 AGO 2024**

**RECIBIDO  
NO IMPLICA ACEPTACION**

Ref. **CONSTANCIA DE NO PROCESOS JUDICIALES PENALES**

**LUIS ERNESTO MANTILLA LIZARAZO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 91.343.446 expedida en la ciudad de Piedecuesta, por medio de la presente informó que a la presente fecha no existe algún proceso penal, en contra de;

- **REYNALDO CASTILLO LEGUIZAMO**, identificado con cédula de ciudadanía número 91.257.354.
- **ANDRES GUSTAVO MEDINA VALERO**, identificado con cedula de ciudadanía número 1.093.795.029.
- **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, identificada con número de NIT 860026182.

Por lo hechos ocurridos el día 09 de octubre del año 2018, en la vía Saboya - Puente Nacional en el Kilómetro 60+870, en el accidente de tránsito donde estuvieron involucrados los vehículos de placas NSH - 638 y el vehículo de placas TTS - 267.

Así mismo informo que no iniciare ningún proceso judicial (penal y/o civil), por los hechos ya mencionados, acorde a lo pactado en la audiencia de conciliación judicial realizada el día 05 de agosto del 2024.

Para la constancia;

*Luis Ernesto Mantilla Lizarazo*

**LUIS ERNESTO MANTILLA LIZARAZO**  
C.C. No. 91.343.446





Seguro estamos.

## Autorización de pagos

- ¿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 Ernesto Mantilla Lizarazo**

Nit. /C.C. **91.343.446**

Oficina principal: Dirección  
**Calle 1e N. 16-56**

Ciudad **Piedecuesta**

Teléfono **3016466837**

### 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 confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera  
(según relación)

**007**

Número de Cuenta (validar según relación)

**60667037543**

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 veintitres (23) oficinas de la red nacional.

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

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

Bancolombia:

Tarjeta Allianz:

Cheque ☐

Efectivo ☐

Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona 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](http://www.allianz.co).

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

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

### 3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

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

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

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

#### FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

**Luis Ernesto Mantilla Lizarazo**  
Nombre: **Luis Ernesto Mantilla Lizarazo**  
C.C. No. **91.343.446**

#### 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 Itai           | 006    | 9 dígitos              | 9 dígitos                  |
| Bancolombia          | 007    | 11 dígitos             | 11 dígitos                 |
| Citibank             | 009    | 10 dígitos             | 10 dígitos                 |
| Banco GNB Sudameris  | 012    | 8 dígitos              | 8 ó 11 dígitos             |
| Banco Ganadero BBVA  | 013    | 9, 12, 14 ó 16 dígitos | 9, 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         |
| Davienvia       | 051    | 9 ó 12 dígitos    | 9 ó 12 dígitos |
| AV Villas       | 052    | 9 dígitos         | 9 dígitos      |
| Banco Pichincha | 060    | 9 dígitos         | 9 dígitos      |
| Coomewa         | 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

Formato Único de Conocimiento del Cliente



Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:  
Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.  
Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.  
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Piedecuesta Fecha: 06/08/2024 Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado

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

Tomador - Asegurado: Familiar Comercial Laboral Otra
Tomador - Beneficiario: Familiar Comercial Laboral Otra
Asegurado - Beneficiario: Familiar Comercial Laboral Otra

Persona Natural
Primer apellido: Mantilla Segundo Apellido: Lizarrato Nombres Completos: Luis Ernesto

Documento de Identidad
Personas Nacionales: Cédula T.I. NUIP No: 91.343.446 Fecha de expedición: 17-01-1985 Lugar de expedición: Piedecuesta
Personas Extranjeras: C. Extranjería Pasaporte Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. No:
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:
Fecha de nacimiento: 01-12-1966 Lugar de nacimiento: Piedecuesta Nacionalidad: Colombiano Dirección de Residencia: Cll 1e N. 16-56
Ciudad: Piedecuesta Teléfono: N/A E-mail: albertomantilla1@hotmail.com Celular: 3115175469
Oficio o profesión: Pensionado Actividad: Independiente Dependiente
Empresa donde trabaja: N/A Cargo: N/A Teléfono:
Dirección comercial: N/A Ciudad: N/A

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI NO
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI NO
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI NO
Actividad económica: Código CIIU
Ingresos Mensuales (Pesos): Egresos mensuales (Pesos):
Activos (Pesos): Pasivos (Pesos):
Patrimonio (Pesos): Otros Ingresos (Pesos):
Concepto otros ingresos:

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):
Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:
Tipo de documento: N°: Fecha de expedición: Lugar de expedición:

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

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:
Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:
Tipo de documento: N°: Fecha de expedición: Lugar de expedición:
Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Nacionalidad:
Dirección: Ciudad: Teléfono:

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

| Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación) |                                                                                                                                       |  |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
| Razón social o Nombres Completos                                                                                                                                                                     | Tipo de Identificación                                                                                                                |  | % de participación |
|                                                                                                                                                                                                      | C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                      | C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                      | C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                      | C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                      | C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> |  |                    |

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

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

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

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

|     |      |          |       |                   |
|-----|------|----------|-------|-------------------|
| Año | Ramo | Compañía | Causa | Valor indemnizado |
|-----|------|----------|-------|-------------------|

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

Declaraciones y Autorizaciones

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

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO 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 atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

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

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

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

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

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

Luis Ernesto man

Firma del cliente o apoderado



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

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **91.343.446**

**MANTILLA LIZARAZO**

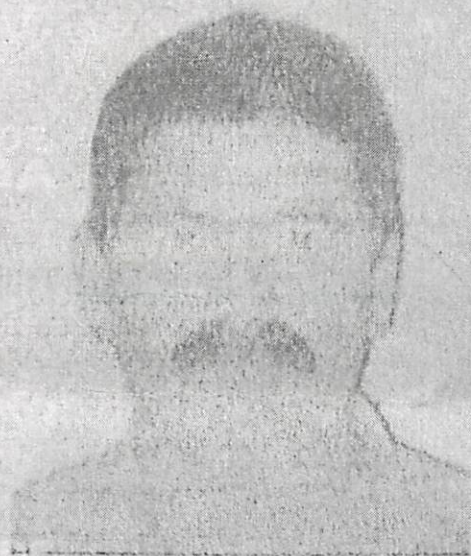
APELLIDOS

**LUIS ERNESTO**

NOMBRES

*Luis Ernesto Mantilla Lizarazo*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-1966**

**PIEDRECUESTA**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75**

ESTATURA

**B+**

G.S. RH

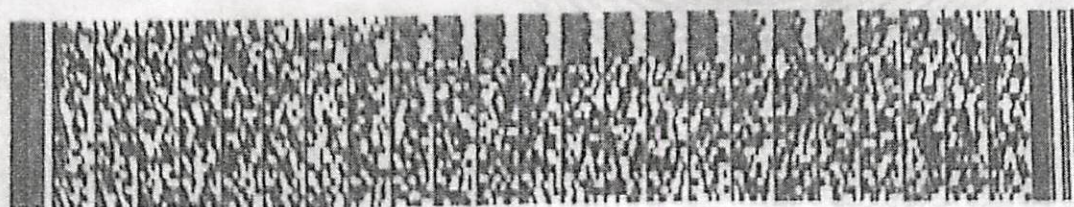
**M**

SEXO

**17-ENE-1985 PIEDRECUESTA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2716000-00121462-M-0091343446-20081104

0005256658A 1

7400001737

Piedecuesta, 6 de agosto de 2024

Señores:

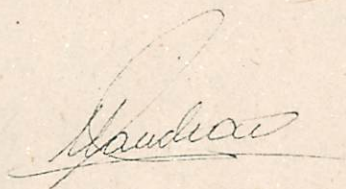
**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Cordial saludo

**BANCOLOMBIA S.A.** se permite informar **LUIS ERNESTO MANTILLA LIZARAZO**, Documento de identificación Cedula de Ciudadanía N° **91.343.446** a la fecha de expedición de esta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre<br>Producto | No Producto   | Fecha de apertura | Estado |
|--------------------|---------------|-------------------|--------|
| Cuenta De Ahorros  | 606-670375-43 | 2002/04/16        | ACTIVA |

Atentamente,



Claudia María Posada Álvarez

Gerente Transformación de Sucursales

\* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



AUDIENCIA CONCILIACIÓN JUDICIAL ART 373 C.G.P

REFERENCIA: VERBAL - RESPONSABILIDAD CIVIL  
EXTRACONTRACTUAL No. 151763153001-2021-00107-00  
DEMANDANTE: LUIS ERNESTO MANTILLA LIZARAZO  
DEMANDADOS: REINALDO CASTILLO LEGUIZAMO Y OTRO

En la ciudad de Chiquinquirá, siendo las dos de la tarde (02:00 P.M), del día lunes, cinco (05) de agosto de dos mil veinticuatro (2024), la suscrita Jueza Primero Civil del Circuito de Oralidad de Chiquinquirá **CLAUDIA PATRICIA GALÍNDEZ LÓPEZ**, en asocio de su secretaria Ad-hoc **KAREN YULIETH ALVARADO MORALES**, constituye en audiencia pública por medio virtual usando la aplicación LIFESIZE plataforma autorizada por el Consejo Superior de la Judicatura con el objeto de llevar a cabo la diligencia dispuesta previamente mediante auto proferido dentro del proceso de la referencia.

Se deja constancia que el dispositivo del que se preside la diligencia presenta falencias en la Cámara Web, que están en trámite de ser solucionados; sin embargo, se ha establecido la conexión desde el correo electrónico institucional que acredita a la titular del despacho.

Una vez abierta la diligencia comparecieron:

|                      |                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEMANDANTE           | LUIS ERNESTO MANTILLA LIZARAZO<br>C.C. No. 91.343.446 expedida en Piedecuesta                                                                                                                                    |
| APODERADO DEMANDANTE | JUAN DAVID RIVERA SANDOVAL<br>C.C. No. 1.102.386.192 expedida en Piedecuesta<br>T.P. 399.448 del C.S. de la J.<br>Correo electrónico: <a href="mailto:juan.riverasando@gmail.com">juan.riverasando@gmail.com</a> |
| DEMANDADO            | ALLIANZ SEGUROS S.A. REPRESENTANTE LEGAL<br>CARLOS ARTURO PRIETO SUAREZ<br>C.C. No. 3.229.696 expedida en Bogotá D.C                                                                                             |
| APODERADA DEMANDADO  | MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ PIARPUSAN<br>C.C. No. 1.085.321.789 expedida en Pasto.<br>T.P. 355.807 del C.S. de la J.<br>Correo electrónico: <a href="mailto:mjimenez@gha.com.co">mjimenez@gha.com.co</a>              |
| CURADORA AD LITEM    | MELIDA URANIA CORTÉS SÁENZ<br>C.C. No. 63.559.266 expedida en Bucaramanga<br>T.P. 228.229 del C.S. de la J.<br>Correo electrónico: <a href="mailto:melida_cortes@yahoo.es">melida_cortes@yahoo.es</a>            |

En esta etapa de la diligencia el apoderado de la parte demandante solicita se abra nuevamente a etapa de conciliación:

1. CONCILIACIÓN

Las partes manifiestan tener ánimo conciliatorio, y una vez se corre el traslado de la propuesta explicada por **ALLIANZ SEGUROS S.A.**; se llega al acuerdo de conciliación integral del presente asunto, por un valor de **CATORCE MILLONES DE PESOS (\$ 14.000.000 MC/TE)**; pagaderos dentro de los veinte (20) días siguientes al envío físico y electrónico de los documentos previamente relacionados por la



apoderada de la parte demandada **ALLIANZ SEGUROS S.A.** Para ello, la parte demandada indica como dirección física la **Av 6A BIS # 35N-100 of. 212 Centro Empresarial Chipichape en Cali** y como dirección electrónica **mjimenez@gha.com.co**, como documentación requerida se enuncian formatos ya referidos, certificado bancario, cedula de ciudadanía, en caso de haber acción penal desistimiento de la misma y/o constancia de que no hay denuncia penal. Se verifica por parte del apoderado del demandante que los documentos y/o requisitos requeridos han sido remitidos a su correo electrónico para su diligenciamiento y acusa recibido.

## 2. AUTO INTERLOCUTORIO

Se verifica la capacidad y consentimiento de las partes involucradas, así como el cumplimiento de los requisitos de ley para la aprobación del acuerdo conciliatorio y previas las consideraciones de rigor, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Chiquinquirá, en nombre de la República y por autoridad de la ley,

### RESUELVE

**PRIMERO: APROBAR** el acuerdo conciliatorio ya descrito celebrado entre LUIS ERNESTO MANTILLA LIZARAZO y la sociedad ALLIANZ SEGUROS S.A..

**SEGUNDO: ADVERTIR** que la presente audiencia y su acta tendrán los efectos de cosa juzgada y prestarán mérito ejecutivo

**TERCERO DECLARAR** terminado el presente asunto, por ende, se ordena el archivo de las presentes diligencias, previas las anotaciones en los libros radicadores.

**CUARTO: ACCEDER** a la solicitud formulada por la curadora Ad Litem y coadyuvada por la apoderada de la parte demandada, en tal medida se ordena que dentro del término de tres (3) días la parte demandante allegue tanto al despacho como a las restantes partes, constancia escrita de la no presentación de denuncia penal en contra de REYNALDO CASTILLO LEGUIZAMO y ANDRÉS GUSTAVO MEDINA VALERO

**ESTA PROVIDENCIA SE NOTIFICA EN ESTRADOS.**

**APODERADO DE LA PARTE ACTORA:** Sin recursos

**APODERADA DE LA PARTE DEMANDADA:** Sin recursos

**CURADORA AD LITEM:** Solicita se adicione la providencia en la parte resolutive.

**Se corre traslado a las demás partes:** El apoderado de la parte actora manifiesta que dicha solicitud fue resuelta por el despacho en la parte motiva de la providencia. La compañía asegura insiste en los planteamientos del arreglo conciliatorio

## 3. AUTO INTERLOCUTORIO – EL DESPACHO RESUELVE SOLICITUD

Previas las consideraciones de rigor y presupuestos procesales expuesta por el despacho **SE DISPONE:**

**PRIMERO: NEGAR** la solicitud de adición de la providencia.



ESTA PROVIDENCIA SE NOTIFICA EN ESTRADOS.  
Sin recursos.

Ante la no interposición de recursos, se declara en firme la presente providencia, el día de hoy, cinco (05) de agosto de dos mil veinticuatro (2024)

La presente audiencia se da por terminada, siendo dos y cincuenta de la mañana (02:50 P.M). Se verifica la asistencia en modalidad virtual de las partes, esta audiencia queda grabada en la plataforma de LIFESIZE.

#### AUDIO

<https://playback.lifesize.com/#/publicvideo/32dc75ff-72d8-4e83-b4fa-1bb7df22a5d4?vcpubtoken=8c996a92-245a-4a1c-9cb5-2dc5bd2585fc>

Para constancia, se firma

Patricia Galíndez

Firmado Por:  
Claudia Patricia Galíndez Lopez  
Juez Circuito  
Juzgado De Circuito  
Laboral 001  
Chiquinquirá - Boyaca

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: 63a1c7af4b8210538a93cb22729f26982c789e3e068e10f98b8a04f773a0a5e7

Documento generado en 05/08/2024 04:08:31 PM

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