



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

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

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.

RAMO (1)	CIUDAD	SUCURSAL	FECHA FORMULARIO
GENERALES ☐ AUTOMÓVILES ☒ VIDA ☐	Cali		Día Mes Año 14 12 2023

1. CLASE DE VINCULACIÓN
Tomador ☐ Asegurado ☐ Afianzado ☐ Beneficiario ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otra ☒ Cual? Tercero

2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO / PROVEEDOR / INTERMEDIARIO / OTRA
DATOS GENERALES DEL TOMADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Cordona	Posada	Oscar Daniel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA EXPEDICIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN
C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ 1.143.852.838 NO. 1.143.852.838	Día Mes Año 03 02 2012	Cali

LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN
Cali, Valle del Cauca	Día Mes Año 03 12 1993	FO M ☒	Desempleado

NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE VIVIENDA	ESTADO CIVIL	ESTRATO	NO. HIJOS
Bachillerato ☒ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Postgrado ☐ Otro ☐	Propia ☐ Arriendo ☒ Familiar ☐ Otra ☐	Soltero ☐ Casado ☒ Viudo ☐ Unión libre ☐ Separado ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	0

PERSONAJE PÚBLICO* (Ver definición PEP y Vinculados / Familiar)	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ SI ☒ NO	Es familiar o asociado de una persona pública? ☐ SI ☒ NO (En caso afirmativo responda los siguientes.)
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO	Nombres y Apellidos
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? ☐ SI ☒ NO	Parentesco Cargo o actividad

DATOS LABORALES DEL TOMADOR	
ACTIVIDADES	

TIPO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA COMPAÑIA CON QUIEN TRABAJA	CIU
Independiente ☐ Dependiente ☐ Socio ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐	Comercial ☐ Industrial ☐ Transporte ☐ Agroindustria ☐ Construcción ☐ Serv. Financieros ☐ Otra ☐	

CARGO	NOMBRE DE LA COMPAÑIA	TIPO DE EMPRESA
		Oficial ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra ☐

DATOS FINANCIEROS	
PESOS \$	

Ingresos Mensuales \$	Total Activos \$	Patrimonio \$
Egresos Mensuales \$	Total Pasivos \$	Otros Ingresos Mensuales \$
Detalle Otros Ingresos Mensuales		

RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al ruf)	0-13 Gran Contribuyente ☐ 0-15 Autoretenedor ☐ 0-33 Impuesto al Consumo ☐ 0-47 Régimen simple de tributación ☐ 0-48 Impuestos sobre las ventas IVA ☐ 0-49 No responsable de IVA ☐ Otras
--	--

OPERACIONES INTERNACIONALES	
TIPO DE TRANSACCIÓN	

Realiza usted transacciones en moneda extranjera? ☐ SI ☒ NO	Importaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☐ Otra ☐ Exportaciones ☐ Transferencias ☐	Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? ☐ SI ☒ NO
--	--	--

ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD

DIRECCIONES	
TIPO	DIRECCIÓN

PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐

TELÉFONOS	
TIPO	NÚMERO

CORREO ELECTRÓNICO	
TIPO	NÚMERO

3. INFORMACIÓN ADICIONAL	
Indique los vínculos existentes entre el Tomador - Asegurado? Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Ninguno ☐ Otro ☐	
Indique los vínculos existentes entre el Tomador - Beneficiario? Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Ninguno ☐ Otro ☐	
Indique los vínculos existentes entre el Asegurado - Beneficiario? Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Ninguno ☐ Otro ☐	

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? SI ☐ NO ☐	
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en esta u otra compañía de seguros en los últimos dos años?	

AÑO	COMPANIA	TIPO DE SEGURO	VALOR	I: INDEMNIZACIÓN / R: RECLAMACIÓN

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas públicamente conforme al Decreto 1674 de 2016, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Ley 1674 de 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				
---	--	--	--	--

5. AUTORIZACIONES DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Otrando 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 del lavado de activos para el sector asegurador.

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

in demerización por lesiones rísporas (Accidente tránsito)

2. 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.

3. 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.

4. 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/AtenciónAlCliente/ProteccióndeDatos, donde pueden ser consultados constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

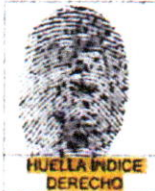
6. FIRMAS

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 influir en 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, firmo y dejo huella en el presente documento.

Daniel Cardona Posada

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



CIUDAD

Cali

Día Mes Año Hora
14 12 2023 a.m. o p.m. o

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. o p.m. o

FIRMA DEL INTERMEDIARIO
(RESPONSABLE)

RESULTADO DE LA VISITA

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 periodo 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. OTRA

NACIONALIDAD

No.

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. Celular 346 88 88 Línea de servicio al cliente Bogotá 307 83 20 Nacional 01 8000 129 728

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

F-004-02-05

REV. JUL 2020

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

RAMO (1)		CIUDAD	SUCURSAL	FECHA FORMULARIO		
GENERALES ☐ AUTOMÓVILES ☒ VIDA ☐				Día	Mes	Año
				11	12	2023

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.

1. CLASE DE VINCULACIÓN						
Tomador	☐	Asegurado	☐	Afianzado	☐	Beneficiario
Proveedor	☐	Intermediario	☐	Otra	☒	Cual? TERCERO
2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO / PROVEEDOR / INTERMEDIARIO / OTRA						
DATOS GENERALES DEL TOMADOR						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO*		NOMBRES*		
ROBLES		ARCE		JOHANA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FECHA EXPEDICIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN
C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ NO. 67020318				Día Mes Año 9 12 1996		CALI
LUGAR DE NACIMIENTO*		FECHA DE NACIMIENTO*		SEXO*		PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN*
CALI		Día Mes Año 9 8 1978		F ☒ M ☐		ABOGADA
NIVEL EDUCATIVO*		TIPO DE VIVIENDA*		ESTADO CIVIL*		ESTRATO*
Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Postgrado ☐ Otro ☐		Propia ☐ Arriendo ☐ Familiar ☐ Otra ☐		Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión libre ☐ Separado ☐		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
						NO. HIJOS*
						2
PERSONAJE PÚBLICO* (Ver definición PEP y Vinculados / Familiar)						
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?				Es familiar o asociado de una persona pública?		
SI ☐ NO ☒				SI ☐ NO ☒ (En caso afirmativo responda los siguiente.)		
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?				Nombres y Apellidos		
SI ☐ NO ☒				No. Identificación		
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?				Parentesco		
SI ☐ NO ☒				Cargo o actividad		
DATOS LABORALES DEL TOMADOR						
ACTIVIDADES						
TIPO DE ACTIVIDAD		ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA COMPAÑIA CON QUIEN TRABAJA				CIIU
Independiente ☒ Dependiente ☐ Socio ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐		Comercial ☐ Industrial ☐ Transporte ☐ Agroindustria ☐ Construcción ☐ Serv. Financieros ☐ Otra ☐				6910
CARGO*		NOMBRE DE LA COMPAÑIA		TIPO DE EMPRESA		
				Oficial ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra ☐		
DATOS FINANCIEROS						
PESOS \$						
Ingresos Mensuales \$		Total Activos \$		Patrimonio \$		
6.000.000		200.000.000		100.000.000		
Egresos Mensuales \$		Total Pasivos \$		Otros Ingresos Mensuales \$		
5.000.000		100.000.000		0		
Detalle Otros Ingresos Mensuales 0						
RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al rut)						
0-13 Gran Contribuyente ☐ 0-15 Autoretenedor ☐ 0-33 Impuesto al Consumo ☐ 0-47 Régimen simple de tributación ☐ 0-48 Impuestos sobre las ventas IVA ☐ 0-49 No responsable de IVA ☒ Otras ☐						
OPERACIONES INTERNACIONALES						
Realiza usted transacciones en moneda extranjera?		TIPO DE TRANSACCIÓN				Tiene usted productos financieros en moneda extranjera?
SI ☐ NO ☒		Importaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Exportaciones ☐ Transferencias ☐ Pago de Servicios ☐ Otra ☐				SI ☐ NO ☒
ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD
DIRECCIONES						
TIPO	DIRECCIÓN	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA	
2	AVENIDA 2NORTE #7N-55 OFICINA 306	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CALI	SI ☒ NO ☐	
					SI ☐ NO ☒	
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3						
TELÉFONOS						
TIPO	NÚMERO	TIPO	NÚMERO	CORREO ELECTRÓNICO		
2	(318) 282-1982					
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax						
3. INFORMACIÓN ADICIONAL						
Indique los vínculos existentes entre el Tomador - Asegurado?		Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Ninguno ☐ Otro ☐				
Indique los vínculos existentes entre el Tomador - Beneficiario?		Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Ninguno ☐ Otro ☐				
Indique los vínculos existentes entre el Asegurado - Beneficiario?		Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Ninguno ☐ Otro ☐				
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?						SI ☐ NO ☒
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en esta u otra compañía de seguros en los últimos dos años?						
AÑO	COMPANIA	TIPO DE SEGURO	VALOR	I: INDEMNIZACIÓN / R: RECLAMACIÓN		

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.):

ABOGADA LITIGANTE

2. 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.
3. 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.
4. 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.

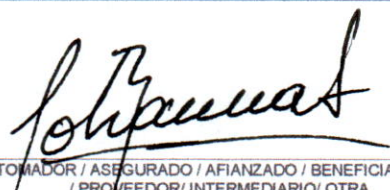
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

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, firmó y dejó huella en el presente documento.


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



CIUDAD

CALI

Día	Mes	Año	Hora
12	12	2023	a.m. ☐ p.m. ☐

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. ☐ p.m. ☐

FIRMA DEL INTERMEDIARIO
(RESPONSABLE)

RESULTADO DE LA VISITA

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 periodo 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 _____ No _____

C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐

NACIONALIDAD _____

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

3
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.143.852.838

CARDONA POSADA

APELLIDOS

OSCAR DANIEL

NOMBRES

Daniel Cardona P.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CALI
(VALLE)

03-DIC-1993

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

O+

M

ESTATURA

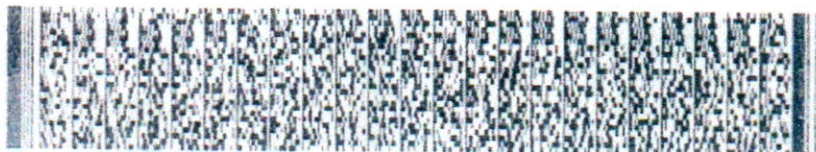
G.S. RH

SEXO

03-FEB-2012 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-3100100-00363163-M-1143852838-20120302

0029326482A 2

38137405

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **67.020.318**

ROBLES ARCE

APELLIDOS

JOHANA

NOMBRES

Johana Arce Robles

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1978**

**CALI
(VALLE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

09-DIC-1996 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-3100150-00852679 F-0067020318 20161003

0051562969A 2

2814087950

274590

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

168323
Tarjeta No.

23/04/2008
Fecha de
Expedición

15/02/2008
Fecha de
Grado

JOHANA
ROBLES ARCE
67020318
Cédula

VALLE
Consejo Seccional



LIBRE/CALI
Universidad


Hernando Torres Carrador
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

© 2008 SA

03/2008-2527000

100439

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente JOHANA ROBLES ARCE, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 67.020.318 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 571289123 aperturada el 18 de junio de 2010 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 6 de diciembre de 2023.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0571289123
Cuenta de 16 dígitos:	0571000200289123
Cuenta de 20 dígitos:	00130571000200289123

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.



Miguel Ángel Rodríguez C. A.

CERTIFICADO

CALI, VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA.

11/12/2023

Por medio de la presente hacemos constar que el señor OSCAR DANIEL CARDONA POSADA con Cédula de Ciudadanía número 1143852838

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488442692627
Fecha de apertura	11/12/2023

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Figure 1 The effect of the concentration of the solution on the adsorption capacity of the adsorbent.

Santa Gertrudes S.A.
Nº 1620-0431/2

Señores
FISCALIA 42 LOCAL DE CALI
E.S.D.

REF: DESISTIMIENTO
DELITO: LESIONES PERSONALES CULPOSAS EN ACCIDENTE DE TRANSITO
RAD: 760016000199202051358

OSCAR DANIEL CARDONA POSADA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.143.852.838 de Cali, actuando en calidad de lesionado y conductor de la motocicleta de placa TBS75E; dentro de los hechos ocurridos el día 02 de julio DE 2020, a la altura de la Calle 4 con Carrera 18 en Cali, 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 a favor de **HDI SEGUROS S.A.**, del señor **JOSE FERNANDO MARQUINEZ ARROYAVE**, y del señor **LEONEL JAVIER PRADA TELLEZ** como **ASEGURADORA, CONDUCTOR y PROPIETARIO** respectivamente, del vehículo de placa **IYM337**.

Por lo anterior, comedidamente solicitamos se ordene **el ARCHIVO DEFINITIVO de la investigación y/o la PRECLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN POR DESISTIMIENTO Y/O SE DE APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD como FORMAS de TERMINACIÓN DEL PROCESO**, respecto del suscrito abajo firmante y adelantado en contra del señor **JOSE FERNANDO MARQUINEZ ARROYAVE**; y *en el momento oportuno se ordene a quien corresponda la Entrega Definitiva del vehículo de placas IYM337.*

Agradezco de antemano su atención.

Atentamente,

Daniel Cardona P.

OSCAR DANIEL CARDONA POSADA
C.C. No. 1.143.852.83 de Cali



Coadyuvo.

Johana Robbes Arce

JOHANA ROBES ARCE
C.C. No. 67.020.318 de Cali
T.P. No. 168.323 del C.S.J.
EL APODERADO DE VICTIMA

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 Cardona		SEGUNDO APELLIDO* Posada		NOMBRES* Oscar Daniel	
TIPO DE PERSONA Natural ☒ Jurídica ☐		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT. ☐ C.E. ☐ C.C. ☒ T.I. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐		No. 1.143.852.83.8	

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

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO*		NOMBRES*	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.E. ☐ C.C. ☐ OTRO ☐		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, entiendo 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, 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 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.

Daniel Cardona P.

FIRMA DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO



HUELLA DACTILAR
DERECHO

Ciudad Cali			
Día 14	Mes 12	Año 2023	Hora a.m. 0 p.m. 0

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

PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL ROBLES		SEGUNDO APELLIDO* ARCE		NOMBRES* JOHANA	
TIPO DE PERSONA Natural ☒ Jurídica ☐		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT. ☐ C.E. ☐ C.C. ☒ T.I. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ No. 67020318			

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

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO*		NOMBRES*	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.E. ☐ C.C. ☐ OTRO ☐ 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, entiéndase 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:

- El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor.
- El proceso de negociación de contratos con HDI Seguros, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos.
- La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
- El control y la prevención del fraude.
- La liquidación y pago de siniestros.
- Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado.
- Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
- La elaboración de estudios técnico - actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora.
- 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.
- Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por HDI Seguros y/o Intermediario de seguros y/o proveedor de servicios.
- 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).
- Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
- 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:

- Las personas jurídicas que tienen la calidad de filial, subsidiaria, vinculada o de matriz de HDI Seguros.
- 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.
- Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguros.
- Las personas con las cuales HDI Seguros adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro.
- 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 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.

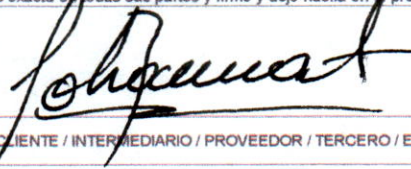
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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 CALI
Día 12 Mes 12 Año 2023		Hora a.m. ☐ p.m. ☒	

**JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO**

Santiago de Cali, Noviembre 30 de 2023.

AUDIENCIA N° 039**RAD.: 760013103006-2022- 00062-00****REGISTRO VIRTUAL VIDEO REUNION CANAL LIFESIZE****ID: <https://call.lifetimesizecloud.com/19712508>****LINK PUBLICO VIDEO AUDIENCIA: NOVIEMBRE 30/2023:**

<https://playback.lifetimesize.com/#/publicvideo/df7b7c93-7b0d-4804-b167-ab1f1b50bd0f?vcpubtoken=0f3c9c69-eb9f-4b15-866e-333f33c15296>

PROCESO : VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
 DEMANDANTES : OSCAR DANIEL POSADA Y OTROS.
 DEMANDADOS : HDI SEGUROS S.A. Y OTRO.Y OTROS
 RADICACIÓN : 760013103006-2022- 00062-00

I. INSTALACIÓN Y OBJETO DE LA AUDIENCIA

Siendo las nueve horas y cinco minutos de la mañana (9:05 a.m.) de Noviembre treinta (30) de dos mil veintitrés (2023), el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Cali se constituye en AUDIENCIA PÚBLICA en la Sala Virtual de Lifesize (1° ID <https://call.lifetimesizecloud.com/19712508>), dentro del proceso VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL adelantado por OSCAR DANIEL CARDONA POSADA, OSCAR ALONSO CARDONA VILLADA, MARIA SULAY POSADA GIRALDO, quien actúa en su propio nombre y en el de su menor hija NATHALY CARDONA POSADA, y el señor LUIS FELIPE CARDONA POSADA, contra LEONEL JAVIER PRADA TELLEZ, y la COMPAÑÍA DE SEGUROS HDI SEGUROS S.A., proceso con Radicado No. 760013103006-2022- 00062-00, con el fin de llevar a cabo la audiencia inicial y de instrucción, de conformidad con lo previsto en el artículo 372 y 373 del C.G.P., señalada en Auto # 0683 de Agosto 13 de 2023.

I. DESARROLLO DE LA AUDIENCIA

HORA	INTERVINIENTE	ACTUACIÓN
9:05 am.	Secretaria ad-hoc	Instalación de Audiencia e inicio grabación
9:07 a.m.	Juez	Presentación de las partes
	Apoderada Parte Demandante	Dra. JOHANA ROBLES ARCE, identificada con C.C. No. 67.020.318 y portadora de la T.P. No. 168.323 del C.S.J., Correo Electrónico: johanarobles.abogada@hotmail.com

	Demandantes	-OSCAR DANIEL CARDONA POSADA c.c. No. 1.143.852.838. - OSCAR ALONSO CARDONA VILLADA c.c. No. 71.702.386. - MARIA SULAY POSADA GIRALDO, c.c. No. 31.991.104 - NATHALY CARDONA POSADA c.c. No. 1.105.361.406. -LUIS FELIPE CARDONA POSADA c.c. No. 1.143.827.784 Correo electrónico: a.castilloe001@gmail.com
	Apoderada Parte Demandada Leonel Javier Prada Téllez	Dra. NAYIBI RICAURTE PINZON C.C. No. 31.941.144 T.P. No. 52.784 C.S.J. Correo electrónico: ricaurteabogados@gmail.com
	Demandados	-LEONEL JAVIER PRADA TÉLLEZ, C.C. 7.688.583. Correo Electrónico: ricaurteabogados@gmail.com -HDI SEGUROS S.A. NIT.860.004.475-6. Correo Electrónico: notificaciones@gha.com.co ; dburgos@gha.com.co
	R. Legal Parte Demandada HDI Seguros S.A.	Dra. LINA ELIZABETH LÓPEZ ORTEGA C.C. # 34.997.517. Correo Electrónico: presidencia@hdi.co.co
	Apoderada Parte Demandada HDI SEGUROS S.A.	Dra. DIANA CAROLINA BURGOS CASTILLO, identificada C.C. No. 1.022.396.024 expedida en Bogotá D.C., portadora de la TP. No. 342972 del C.S.J., Correo Electrónico: notificaciones@gha.com.co ; dburgos@gha.com.co
9:16 a.m.	Juez	Auto #376: Reconocer personería a la Dra. Diana Carolina Burgos Castillo como apoderada judicial de la entidad HDI SEGUROS S.A. y a la Dra. Johana Robles Arce como apoderada judicial de la parte demandante Nathaly Cardona Posada.

9:17 a.m.	ETAPA DE CONCILIACION - El señor Juez, sin el ánimo de prejuzgamiento, pone de presente las bondades de la conciliación e insta a un acercamiento previo diálogo entre apoderados y las partes, -Las partes demandante y demandada manifiestan el interés de llegar a un acuerdo y posteriormente confirman que han llegado a un Acuerdo. - Juez aprueba acuerdo y notifica la decisión por estrados. -Las partes demandantes y demandadas conformes con la decisión	
	TERMINACION DE AUDIENCIA	
10:07 a.m.	El Juez	No siendo otro el objeto de la presente audiencia, siendo las 10:07 a.m., se da por terminada.

II. AUTO INTERLOCUTORIO No. 1428

Conforme con el acuerdo conciliatorio allegado entre la parte demandante **OSCAR DANIEL CARDONA POSADA, OSCAR ALONSO CARDONA VILLADA, MARIA SULAY POSADA GIRALDO, NATHALY CARDONA POSADA y LUIS FELIPE CARDONA POSADA** y la parte demandada **LEONEL JAVIER PRADA TELLEZ y la COMPAÑÍA DE SEGUROS HDI SEGUROS S.A.** dentro del proceso con Radicado No. 760013103006-202200062-00, el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Cali,

RESUELVE:

Primero. - ACEPTAR el acuerdo conciliatorio en los términos que llegaron los demandados **LEONEL JAVIER PRADA TELLEZ y la COMPAÑÍA DE SEGUROS HDI SEGUROS S.A.**, con los demandantes **OSCAR DANIEL CARDONA POSADA, OSCAR ALONSO CARDONA VILLADA, MARIA SULAY POSADA GIRALDO, NATHALY CARDONA POSADA y LUIS FELIPE CARDONA POSADA.**

Segundo: Conforme lo anterior, la Compañía de Seguros HDI Seguros S.A., se obliga a pagar a favor de los demandantes Oscar Daniel Cardona Posada, Oscar Alonso Cardona Villada, María Sulay Posada Giraldo, Nathaly Cardona Posada y Luis Felipe Cardona Posada., la suma de **NOVENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$95'000.000.00)**, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al aporte de los documentos pertinentes, según información de la aseguradora.

Así, la parte demandante autoriza para que **LA COMPAÑÍA DE SEGUROS HDI SEGUROS S.A.** realice el pago en dos fracciones de la siguiente manera:

- A favor de **OSCAR DANIEL CARDONA POSADA**, identificado con c.c.# 1.143.852.838., el 70% que equivale a la suma de **SESENTA Y SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL DE PESOS MONEDA LEGAL (\$66.500.000.00).**
- A favor de la Dra. **JOHANA ROBLES ARCE**, identificada con C.C. No. 67.020.318., el restante 30% que equivale a la suma de **VEINTIOCHO MILLONES QUINIENTOS MIL DE PESOS (\$28.500.000.00).**

Tercero: La parte demandante **OSCAR DANIEL CARDONA POSADA, OSCAR ALONSO CARDONA VILLADA, MARIA SULAY POSADA GIRALDO, NATHALY CARDONA POSADA y LUIS FELIPE CARDONA POSADA** desisten de continuar con la acción penal y el presente asunto en virtud del acuerdo conciliatorio y, por ello, se dispone la **TERMINACIÓN DEL PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL** invocado en este asunto en contra de los demandados **LEONEL JAVIER PRADA TELLEZ, y la COMPAÑÍA DE SEGUROS HDI SEGUROS S.A.,** respecto de los hechos objeto de este litigio. El acuerdo conciliatorio versa sobre la totalidad de las pretensiones incoadas en el presente asunto.

Cuarto: Sin condena en costas en virtud del presente acuerdo conciliatorio.

Quinto: Levantar las cautelares decretadas dentro del presente proceso; a través de la secretaría de este despacho se librarán los oficios correspondientes.

Sexto: Ejecutoriado lo anterior y hechas las anotaciones de ley en los libros radicadores que se llevan en este Despacho Judicial, pasará el expediente al ARCHIVO DEFINITIVO.

LA ANTERIOR DECISIÓN FUE NOTIFICADA EN ESTRADOS

- Los apoderados judiciales conformes con la decisión.

III. TERMINACION DE LA AUDIENCIA

No siendo otro el objeto de la presente audiencia, siendo las 10:07 a.m., se da por terminada.

Jud/48

LUZ STELLA ARBOLEDA SÁNCHEZ

Secretaria Ad Hoc

Firmado Por:

Juan Carlos Arteaga Caguasango

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 006

Cali - 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: 17f9b6c5dd93517b17219cc6204e233625e5f040ac6c0424b5e5d8bec91ae86

Documento generado en 30/11/2023 06:30:39 PM