

27 AGO 2024

Santiago de Cali, 26 de agosto de 2024

Doctor:

Daniel Lozano Villota

Apoderado HDI

Avenida 6Abis No.35N-100

oficina 212 Centro Empresarial Chipichape

Cali - Valle

**Ref: Radicación de documentos para trámite de pago de conciliación
radicado 76001310300220220021300**

Cordial Saludo:

Actuando en calidad de apoderado judicial del señor ROBER TULIO BONILLA GUAZA Y SUS FAMILIARES, me permito remitir los siguientes documentos para pago de contrato de transacción:

- Formulario SARLAFT diligenciado por quien recibirá el pago.
- Formulario de aceptación de tratamiento de datos personales.
- Copia de la cédula de ciudadanía de quien recibirá el pago.
- Acta de la audiencia.
- Certificación bancaria con expedición no mayor a 30 días de las cuentas a las cuales se deben realizar las consignaciones.

Agradezco la colaboración prestada al presente escrito y le deseo éxitos en sus tareas diarias.

Atentamente,


JUAN SEBASTIAN ACEVEDO VARGAS
C/C. 14.836.418 de Cali

PROCESO: Verbal

DEMANDANTE: transito YAIRA ALEXANDRA BONILLA JIMENEZ

DEMANDADO: LUIS HERNANDO RESTREPO GORDILLO

Secretaría: 22 de Febrero de 2024 A Despacho del señor Juez, para fijar fecha acorde al art. 372 del C.G.P. Sírvase proveer.

HAROLD VILLANUEVA ANACONAS

Secretario

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO

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

Rad: 760013103002202200213-00

Visto el informe secretarial y con el fin de llevar audiencia conforme al art. 372 del C.G.P., el Despacho:

RESUELVE:

1.- FIJAR para el día 14 de agosto del año 2024, hora 9:00 A.M. para llevar a cabo audiencia del Art. 372 del C.G.P.

2.- Autorícese a las partes, apoderados, que deben intervenir en el proceso de la referencia para que se hagan presentes en forma presencial o virtual.

3.- Se previene a las personas que no puedan comparecer de manera presencial, podrán hacerlo de manera virtual, aportando los medios y dispositivos con que cuentan para realizar los contactos correspondientes el día y hora de la diligencia programada.

NOTIFÍQUESE

VÍCTOR HUGO SÁNCHEZ FIGUEROA

Juez

JUZGADO SEGUNCO CIVIL CIRCUITO SECRETARIA
ESTADO No. 28
Cali, 26 febrero 2024
HAROLD VILLANUEVA ANACONAS Secretario

BONILLA GUAZA

16 834.091

BONILLA GUAZA

ROBERTULIO

Robertulio Bonilla G



EXAMEN FINGERIMETRO 21-SEP-1975
BUENOS AIRES
(CAUCA)

1.70

B+

M

08-NOV-1993 JAMUNDI

NOVEDEREDY



A-31/04/04/05 14893 M 01/03/04/05 000028

06437 + 14893 204001964

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.836.418

ACEVEDO VARGAS

APELLIDOS

JUAN SEBASTIAN

NOMBRES

Juan Sebastian Acevedo V.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1980

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

20-AGO-1998 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3100150-00114401-M-0014836418-20081028

0004967928A 1

2870021512



CERTIFICADO

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

20/08/2024

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **ROBERTULIO BONILLA GUAZA** con Cédula de Ciudadanía número **16834091**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550488446410604

Fecha de apertura

16/07/2024

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente JUAN SEBASTIAN ACEVEDO VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 14.836.418 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 571232842 aperturada el 27 de noviembre de 2008 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 20 de agosto de 2024.

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

Cuenta de 10 dígitos:	0571232842
Cuenta de 16 dígitos:	0571000200232842
Cuenta de 20 dígitos:	00130571000200232842

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

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 <i>Bonilla</i>		SEGUNDO APELLIDO* <i>Guzar</i>	NOMBRES* <i>Roberto</i>
TIPO DE PERSONA Natural ☒ Jurídica ☐	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT. ☐ C.E. ☐ C.C. ☒ T.I. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐		No. <i>16834091</i>
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, enténdase 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.			
 FIRMA DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO		 HUELLA DÍGITE DERECHO	Ciudad <i>Cali</i> Día Mes Año Hora <i>16 08 2024 9:20</i> a.m. ☐ p.m. ☒

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

RAMO (1)	CIUDAD	SUCURSAL	FECHA FORMULARIO		
GENERALES ☐ AUTOMÓVILES ☒ VIDA ☐	Cali		Día	Mes	Año
			16	08	2024

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? _____			
2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO / PROVEEDOR / INTERMEDIARIO / OTRA					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO*		NOMBRES*	
Donilla		Guzar		Roberto	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FECHA EXPEDICIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN
C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ NO. 16834091			Día Mes Año 08 11 1993		Jamundé
LUGAR DE NACIMIENTO*		FECHA DE NACIMIENTO*		SEXO*	PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN*
Buenos Aires		Día Mes Año 21 09 1975		F ☐ M ☒	Minero
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 ☐
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 siguiente.)	
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?		SI ☐ NO ☒		Nombres y Apellidos _____ No. Identificación _____	
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?		SI ☐ NO ☒		Parentesco _____ Cargo o actividad _____	
DATOS LABORALES DEL TOMADOR					
TIPO DE ACTIVIDAD		ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA COMPAÑÍA CON QUIEN TRABAJA			CIU
Independiente ☒ Dependiente ☐ Socio ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐		Comercial ☐ Industrial ☐ Transporte ☐ Agroindustria ☐ Construcción ☐ Serv. Financieros ☐ Otra ☐			U
CARGO*		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		TIPO DE EMPRESA	
				Oficial ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra ☐	
DATOS FINANCIEROS PESOS \$					
Ingresos Mensuales \$ 1200.000		Total Activos \$ 2.500.000		Patrimonio \$ 0	
Egresos Mensuales \$ 1200.000		Total Pasivos \$ 4.000.000		Otros Ingresos Mensuales \$ 0	
Detalle Otros Ingresos Mensuales _____					
RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al rut)					
0-13 Gran Contribuyente ☐ 0-49 No responsable de IVA ☐		0-15 Autoretenedor ☐ 0-33 Impuesto al Consumo ☐		0-47 Régimen simple de tributación ☒ 0-48 Impuestos sobre las ventas IVA ☐	
OPERACIONES INTERNACIONALES					
Realiza usted transacciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒		TIPO DE TRANSACCIÓN			Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒
Importaciones ☐ Exportaciones ☐		Inversiones ☐ Transferencias ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☐ Otra ☐			
ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	MONTO	MONEDA	PAÍS
DIRECCIONES					
TIPO	DIRECCIÓN	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA
1	Kr 10N 13A-52	Colombia	Ville	Jamundé	SI ☒ NO ☐
--					SI ☐ NO ☐
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3					
TELÉFONOS					
TIPO	NÚMERO	TIPO	NÚMERO	CORREO ELECTRÓNICO	
5	3122557695			Langui1@hotmail.com	
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	COMPañÍA	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.):

Minería

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 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 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.

Robertulio Bonilla 60929

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



HUELLA DÍGITE
DERECHO

CIUDAD

Cali

Día	Mes	Año	Hora
16	08	2024	4:00 a.m. 0 p.m. 0

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. 0 p.m. 0

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:

1. Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.270 SMMLV.

2. Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 381 SMMLV por cliente.

3. 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:

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

DATOS DEL APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS

C.C. 0 C.E. 0 Otro 0

No.

NACIONALIDAD

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

RAMO (1)	CIUDAD	SUCURSAL	FECHA FORMULARIO
GENERALES ☐ AUTOMÓVILES ☐ VIDA ☐ (41)			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.

1. CLASE DE VINCULACIÓN	
Tomador ☐ Asegurado ☐ Afianzado ☐ Beneficiario ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otra ☒	Cual? <u>Abogado</u>

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

DATOS GENERALES DEL TOMADOR	
PRIMER APELLIDO <u>Arce</u>	SEGUNDO APELLIDO* <u>VARGAS</u>
NOMBRES* <u>Juan Sebastian</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA EXPEDICIÓN
C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ NO. <u>14836418</u>	Día Mes Año <u>20</u> <u>08</u> <u>1998</u>
LUGAR DE NACIMIENTO* <u>(41)</u>	FECHA DE NACIMIENTO*
	Día Mes Año <u>14</u> <u>08</u> <u>1998</u>
SEXO* F ☐ M ☒	PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN* <u>Abogado</u>
NIVEL EDUCATIVO*	TIPO DE VIVIENDA*
Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Postgrado ☒ Otro ☐	Propia ☐ Arriendo ☐ Familiar ☐ Otra ☐
ESTADO CIVIL*	ESTRATO*
Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión libre ☐ Separado ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
NO. HIJOS* <u>1</u>	

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 siguiente.)
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO	Nombres y Apellidos <u>YANIZA ALBERTO VILLAGRAN</u> No. Identificación <u>1011404419</u>
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? ☐ SI ☒ NO	Parentesco <u>Su hijo</u> Cargo o actividad <u>Super Administrador</u>

DATOS LABORALES DEL TOMADOR	
TIPO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA COMPAÑÍA CON QUIEN TRABAJA
Independiente ☒ Dependiente ☐ Socio ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐	Comercial ☐ Industrial ☐ Transporte ☐ Agroindustria ☐ Construcción ☐ Serv. Financieros ☐ Otra ☐
CARGO*	CIU <u>6910</u>
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	TIPO DE EMPRESA
	Oficial ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra ☐

DATOS FINANCIEROS	
PESOS \$	
Ingresos Mensuales \$ <u>10.000.000</u>	Total Activos \$ <u>250.000.000</u>
Egresos Mensuales \$ <u>8.000.000</u>	Total Pasivos \$ <u>100.000.000</u>
Patrimonio \$ <u>120.000.000</u>	
Otros Ingresos Mensuales \$	

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? ☐ SI ☒ NO	TIPO DE TRANSACCIÓN Importaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Exportaciones ☐ Transferencias ☐ Pago de Servicios ☐ Otra ☐
Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? ☐ SI ☒ NO	
ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO
IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	MONTO
MONEDA	PAÍS
CIUDAD	

DIRECCIONES	
TIPO	DIRECCIÓN
<u>1</u>	<u>Calle RA Osk H38-120</u>
PAÍS	DEPARTAMENTO
<u>Colombia</u>	<u>Vill</u>
MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA
<u>cal</u>	SI ☒ NO ☐ SI ☐ NO ☐

TELÉFONOS		CORREO ELECTRÓNICO
TIPO	NÚMERO	
<u>5</u>	<u>3016684471</u>	<u>Longui1@hotmail.com</u>
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	COMPañÍA
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 y 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 detenten 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.) :

mi Labor como Abogado

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 llamada "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



**HUELLA ÍNDICE
DERECHO**

CIUDAD			
645			
Día	Mes	Año	Hora
16	08	2025	1:00 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:

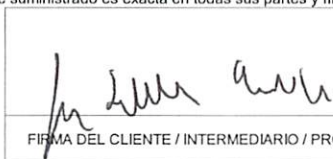
1. Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1,270 SMMMLV.
2. Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMMLV por vehículo y 381 SMMMLV por cliente.
3. Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 846 SMMMLV.
- ☐ 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.

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.

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 <i>Arcebo</i>		SEGUNDO APELLIDO* <i>Uribe</i>	NOMBRES* <i>Juan Sebastian</i>
TIPO DE PERSONA Natural ☒ Jurídica ☐	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT. ☐ C.E. ☐ C.C. ☒ T.I. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐		No. <i>14836418</i>
2. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (ÚNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS)			
PRIMER APELLIDO _____		SEGUNDO APELLIDO* _____	NOMBRES* _____
C.E. ☐ C.C. ☐ OTRO ☐		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 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, enténdase 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.			
 FIRMA DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO		 HUELLA ÍNDICE DERECHO	Ciudad <i>Cali</i> Día Mes Año Hora <i>26 07 2024 8:45</i> a.m. ☒ p.m. ☐



Juzgado Segundo Civil Del Circuito
Cali - Valle
Palacio de Justicia Pedro Elias Serrano Abadía
j02cccali@ccendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono (02) 8986868 ext. 4022
Cali-Valle

ACTA DE AUDIENCIA No. 044

INSTALACIÓN Y OBJETO

En Santiago de Cali, catorce (14) de agosto de dos mil veinticuatro (2024), siendo las 9:00 A.M., el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Cali, se constituye en audiencia pública, dentro del proceso Verbal Responsabilidad Civil Extracontractual adelantado por ROBERT TULIO BONILLA GUAZÁ, NANCY VIVIANA DAZA HOLGUÍN en nombre y representación de las menores ; ISABELLA BONILLA DAZA y LAURA TATIANA BONILLA DAZA, YAIRA ALEXANDRA BONILLA JIMÉNEZ y DERIAN MAURICIO BONILLA JIMÉNEZ contra HDI SEGUROS S.A., LUIS HERNANDO RESTREPO GORDILLO y HAROLD MAURICIO VALDERRUTEN VANDERHUCK expediente radicado con No. 760013103-002-2022-00213-00, con el fin de llevar a cabo audiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 372 del C.G.P., la presente audiencia es presidida por VÍCTOR HUGO SÁNCHEZ FIGUEROA Juez Segundo Civil del Circuito, asiste por parte del Despacho el escribiente señor JOSE OWEN WILLIAM DIAZ DIAZ para los efectos de agotar las etapas correspondientes.

IDENTIFICACIÓN DE LOS ASISTENTES

Nombre	Celular - Correo electrónico
Dr. JUAN SEBASTIÁN ACEVEDO VARGAS, apoderado del demandante.	
ROBERT TULIO BONILLA GUAZÁ	boni1675@hotmail.com
NANCY VIVIANA DAZA HOLGUÍN	
YAIRA ALEXANDRA BONILLA JIMÉNEZ	yairaj96@gmail.com
DERIAN MAURICIO BONILLA JIMÉNEZ	derianbonillaJIMÉNEZ@gmail.com
LAURA TATIANA BONILLA DAZA, ISABELLA BONILLA DAZA	
Dr. DANIEL LOZANO VILLOTA, apoderado del demandado HDI SEGUROS S.A.	dlozano@gha.com.co

MARÍA TERESA MORIONES ROBAYO representante de HDI SEGUROS S.A.	presidencia@hdi.com.co
Dra. VANESA CASTILLO VELASQUEZ	notificaciones@vcastilloabogados.com
LUIS HERNANDO RESTREPO GORDILLO	lhrg1599@icloud.com
HAROLD MAURICIO VALDERRUTEN VANDERHUCK	hmvalderrutem@gmail.com

CONCILIACIÓN

Las partes llegaron a un acuerdo conciliatorio.

En atención a la conciliación a que han llegado las partes el Juzgado,

RESUELVE:

PRIMERO: aprobar la conciliación, efectuada entre las partes por encontrarse ajustada a Derecho.

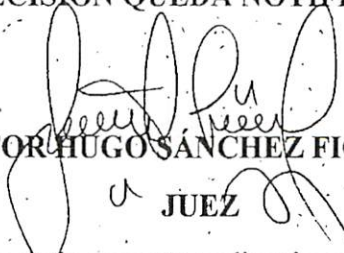
SEGUNDO: el acuerdo se establece como lo indica el Dr. DANIEL LOZANO VILLOTA, apoderado judicial de HDI SEGUROS S.A. así: Se deben aportar los siguientes documentos: formulario Sarlat, la certificación bancaria de quien recibiría el dinero, fotocopia de las cédulas de las personas que van a recibir el dinero, así como la certificación de las cuentas bancarias a las cuales se tendría que depositar con vigencia, de expedición no mayor a 30 días, la recepción de los documentos se haría tanto en medio físico como electrónico para que puedan contar los 20 días, dirigidos estos documentos a la Avenida Sexta bis No. 35 N 100, en el centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, en la ciudad de Cali, al correo electrónico: notificaciones@gha.com.co y el correo electrónico del suscrito, dlozano@gha.com.co, se reitera en esta audiencia que las partes aceptan setenta millones de pesos (\$70.000.000=), de los cuales, veintisiete millones quinientos mil (\$27.500.000=), se destinarán o se pagarán al apoderado de los demandantes en la cuenta de ahorro del BBVA número 1232842 y los cuarenta y dos millones quinientos mil pesos (\$42.500.000=) restantes en la cuenta de ahorro del señor ROBERT TULIO BONILLA GUAZÁ del Banco Davivienda S.A. número 05 50488446410604.

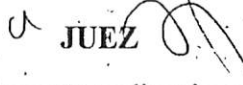
TERCERO: ORDENAR el levantamiento de las medidas cautelares decretadas en el expediente en virtud de la conciliación presentada entre las partes.

CUARTO: los demandantes declaran que son los únicos interesados en la presente reclamación.

QUINTO: DECRETAR la terminación y ordénese el archivo del expediente en virtud de la conciliación presentada entre las partes.

LA ANTERIOR DECISION QUEDA NOTIFICADA EN ESTRADOS.


VICTOR HUGO SÁNCHEZ FIGUEROA


JUEZ

No siendo otro el objeto de la presente audiencia, se termina siendo las 9:28 a.m.