G. HERRERA & ASOCIADOS

10 MAR 2025

RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE CALI
Santiago de Cali, siete (7) de noviembre de dos mil veinticuatro (2024)

ACTA DE AUDIENCIA

HORA DE INICIO	***9:00 A.M.***
HORA DE FINALIZACIÓN	***10:04 A.M.***
AUDIENCIA	***VIRTUAL***
PROCESO:	***VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DE MENOR CUANTIA***
DEMANDANTE:	***BEATRIZ ELENA LONDOÑO LLANOS***
APODERADA DEL DTE:	***Dr. JUAN CAMILO CALDERON GARCIA***
DEMANDADA: ***LLAMIENTO EN GARANTIA***	***CLAUDIA VIVIANA LASSO GIRON*** ***APODERADA: SANDRA YAMELY ORTIZ PULIDO*** ***AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.*** ***R.L. MILDREY YURANY BAHEMA VILLA*** ***APODERADO DR. GUSTAVO ALBERTO HERRERA, SUSTITUYE A DRA. VALERIA GONZALEZ FRANCO***
RADICACION	***760014003020 2023 00612 00***

JUEZ	***RUBY CARDONA LONDOÑO***

ACTUACION CUMPLIDA:

I. Instalación y Objeto de la audiencia.

II.- Verificación y presentación de los asistentes.

Se deja constancia que la parte demandante, Sra. Beatriz Elena Londoño Llanos, no se hizo presente, representada en la audiencia por su apoderado, el ***Dr. JUAN CAMILO CALDERON GARCIA, quien cuenta con la facultad expresa para conciliar.***

La parte pasiva, Sra. ***CLAUDIA VIVIANA LASSO GIRON*** *y su* ***APODERADA, Dra. SANDRA YAMELY ORTIZ PULIDO****, asi como el llamado en garantía* ***AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.*** *asistieron a la audiencia virtual.*

III. Conciliación:

Las partes presentes de manera voluntaria a fin de conciliar el litigio que nos ha convocado a esta audiencia, (Acuerdo que abarca todas las pretensiones de la demanda), llegaron al siguiente acuerdo:

1. *La **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, presenta la propuesta por valor **$11.044.145.00 M/Cte.**, en favor de la señora **BEATRIZ ELENA LONDOÑO LLANOS**, la cual se pagaria de la siguiente forma:*

   - *La suma de **$11.044.145.00 M/Cte.**, que pagaría dentro los **15 días hábiles siguientes, a la radicación de la documentación***

     - *Copia del Acta de Conciliación*
     - *Fotocopia de la cedula de ciudadanía de la señora Beatriz Elena Londoño Llanos*
     - *Certificación bancaria cuyo titular sea la señora Beatriz Elena Londoño Llanos, no mayor a 30 días de expedición*
     - *Formulario de conocimiento al cliente debidamente diligenciado por la señora Beatriz Elena Londoño Llanos*

   - *La Documentación debe ser enviada en físico a la dirección del Dr. GUSTAVO HERRERA a la Avenida 6 A Bis No. 35 N – 100 Oficina 212 de la ciudad de Cali, y al correo electrónico a notificacionesjudiciales@axacolpatria.co, con copia a su apoderado.*

2. *En el evento de incumplimiento alguno generado por el llamado en garantía **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, la presente **ACTA DE CONCILIACIÓN PRESTA MÉRITO EJECUTIVO** en favor de la demandante **HAROLD ANDRES ZAMORANO SALAZAR y DANY SOFIA SALAZAR LOPEZ.***

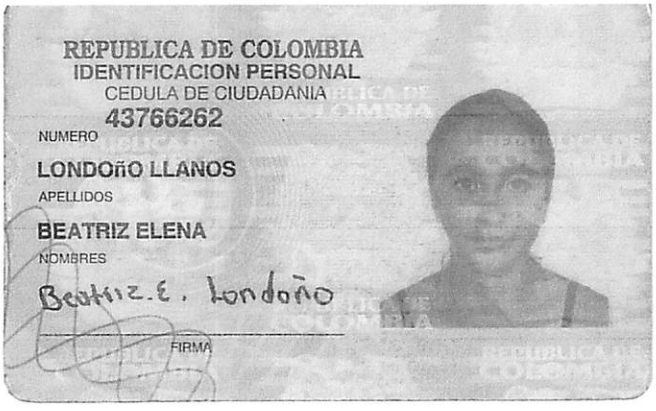
3. *Se ordena el **ARCHIVO** del presente proceso, sin ordenar levantamiento de medidas cautelares toda vez que no hubo lugar a ellas.*

De la presente CONCILIACION se corrió traslado a las partes presentes, quienes manifestaron encontrarse conformes**, sin recurso alguno, en consecuencia, **el Despacho imparte APROBACIÓN a la CONCILIACION a la que llegaron las partes aquí presentes, por encontrarle conforme a derecho. Decisión notificada en estrados y en firme.

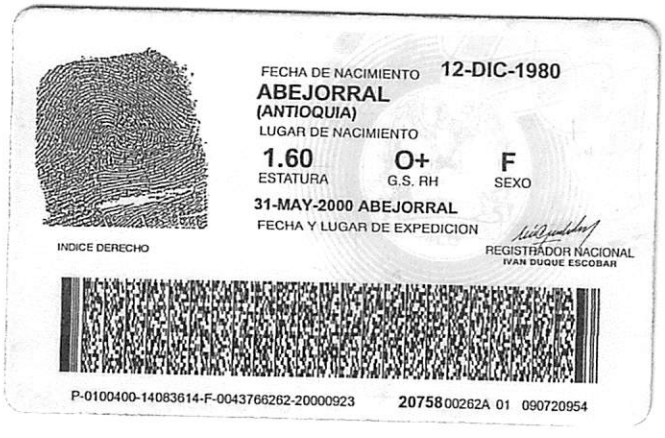
LA JUEZ,

RUBY CARDONA LONDOÑO

DP



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
43766262
NUMERO
LONDOñO LLANOS
APELLIDOS
BEATRIZ ELENA
NOMBRES
Beatriz. E. Londoño
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1980
ABEJORRAL
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
31-MAY-2000 ABEJORRAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
P-0100400-14083614-F-0043766262-20000923 20758 00262A 01 090720954

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que BEATRIZ ELENA LONDOÑO LLANOS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 43.766.262 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 164356289, abierta/o desde el 26/11/2017.

Se expide en Bogotá el día 5 del mes de Marzo del año 2025

Firma Autorizada

AXA COLPATRIA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO Y ORDINARIO PARA PERSONA NATURAL - Julio del 2022

1. Fecha de diligenciamiento | 2. Clase de Vinculación Tomador ○ Asegurador ○ Beneficiario ○ Afianzado ○ Proveedor ○ Intermediario ○ Otro X

DATOS BÁSICOS DE LA PERSONA NATURAL (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

3. Nombre completo: Beatriz Elena Londoño Llanos
4. Tipo de identificación: C.C. [X] NIT [ ] C.E. [ ] Otro [ ]
5. Número de identificación: 43766262
6. Fecha de expedición: 31 mayo 2020
7. Producto o seguro a adquirir

CAMPOS ADICIONALES DE LA PERSONA NATURAL (Aplica solo para régimen ordinario)

8. Nacionalidad 1
9. Nacionalidad 2
10. ¿Tiene usted obligaciones fiscales en otro país? Sí [ ] No [X]
11. ¿Cuál(es)?
12. Fecha de nacimiento: 12-DIC-1980
13. Dirección de residencia: Cra 30 #2bb-40
14. Ciudad de residencia: Cali
15. Departamento de residencia: Valle del cauca
16. Teléfono
17. Celular: 3104456866
18. Correo electrónico: Bettylondon1212@gmail.com

INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) (Aplica solo para régimen ordinario)

19. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), según la definición contemplada en el Decreto 830 de 2021 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen? Sí [ ] No [ ]
20. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) extranjera? Sí [ ] No [ ]
21. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) de organizaciones internacionales? Sí [ ] No [ ]
22. ¿Tiene una sociedad conyugal, de hecho o de derecho con una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí [ ] No [ ]
23. ¿Es usted un asociado cercano de una PEP? (Cuando la PEP sea socia o asociada de una persona jurídica y, además, sea propietaria directa o indirecta con una participación superior al 5% de la persona jurídica , o ejerza el control de la persona jurídica, en los términos del Artículo 261 del Código de Comercio). Sí [ ] No [ ]
24. ¿Es usted familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil de una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí [ ] No [ ]

Si tiene algún tipo de relación con una persona expuesta políticamente (PEP), diligencie los siguientes campos:
25. Nombre (PEP)
26. Cargo

INFORMACIÓN ECONÓMICA (Aplica solo para régimen ordinario)

27. Ocupación (empleado)
28. Empresa donde labora
29. Cargo
30. Actividad económica (indep.)
31. CIIU
32. Producto o servicio que comercializa
33. Activo
34. Pasivo
35. Patrimonio
36. Ingresos
37. Egresos
38. Otros ingresos
39. Concepto de otros ingresos
40. Procedencia de los fondos para la adquisición del seguro
41. ¿El pago de la prima se hará en moneda extranjera? Sí [ ] No [ ]
42. ¿El pago de la prima se hará desde una cuenta del exterior? Sí [ ] No [ ]

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL PRODUCTO DE SEGUROS (Aplica solo para régimen ordinario)

43. ¿Para la venta de este seguro hay asegurados, beneficiarios o afianzados diferentes al tomador? Sí [ ] No [ ]
44. ¿Son esos asegurados, beneficiarios o afianzados personas naturales? Sí [ ] No [ ]

45. Información de los asegurados, beneficiarios o afianzados persona natural (si aplica). Se debe suministrar la fotocopia del documento de identificación para cada beneficiario.

	Nombres y apellidos	Tipo de documento	Número	Fecha de expedición	¿El asegurado, beneficiario o afianzado es una persona políticamente expuesta (PEP)?	¿Es beneficiario de una póliza de seguros de vida u otras pólizas de seguro con componente de ahorro e inversión?
Asegurado, beneficiario o afianzado 1					Sí [ ] No [ ]	Sí [ ] No [ ]
Asegurado, beneficiario o afianzado 2					Sí [ ] No [ ]	Sí [ ] No [ ]
Asegurado, beneficiario o afianzado 3					Sí [ ] No [ ]	Sí [ ] No [ ]
Asegurado, beneficiario o afianzado 4					Sí [ ] No [ ]	Sí [ ] No [ ]

46. ¿Son esos asegurados, beneficiarios o afianzados personas jurídicas? Sí [ ] No [ ]

47. Información de los asegurados beneficiarios afianzados Persona Jurídica (si aplica).Se debe suministrar la fotocopia del Certificado de Existencia de Representación Legal. No aplica para Inscritos en RNVE.

	Nombre de la empresa	NIT	Nombre y apellido (Representante Legal)	Tipo ID	No. ID	¿Es beneficiario de una póliza de seguros de vida u otras pólizas de seguro con componente de ahorro e inversión?
Asegurado,beneficiario o afianzado 1						Sí [ ] No [ ]
Asegurado,beneficiario o afianzado 2						Sí [ ] No [ ]
Asegurado,beneficiario o afianzado 3						Sí [ ] No [ ]
Asegurado,beneficiario o afianzado 3						Sí [ ] No [ ]

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

Declaración de veracidad de la información, origen y destino de recursos, y actualización de información.

Yo, _____, identificado con _____ No._____ de _____, (o como aparezco identificado al pie de mi firma) ante AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro: 1. Que toda la información que he suministrado y suministraré a través de cualquier medio es veraz, actual, completa, exacta, comprobable, comprensible y pertinente en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. 2. Que tanto mi actividad económica como mi profesión son lícitas, que las ejerzo dentro de los marcos legales y que los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato, son lícitos y provienen de: _____. 3. Que los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 4. Que me obligo para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto. 5. En mi calidad de solicitante del seguro aquí referenciado, manifiesto expresamente, que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza. Manifiesto además, que me han sido explicadas por la aseguradora y / o por el intermediario de seguros las exclusiones y el alcance o contenido de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, las acepto y solicito me sea expedida la póliza de seguros.

AUTORIZACIONES PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPAÑÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministre, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPAÑÍAS, para que accedan, consulten, comparen, reporten, comuniquen, permitan el acceso y evalúen toda la información que sobre mi se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. 4. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información suministrada por cualquier medio que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. Autorizo de manera irrevocable, que en caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que esta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. 6. Autorizo de manera expresa, para ser contactado entre otros medios, a través del envío de correos electrónicos, mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS).

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., o AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO LIBREMENTE, DE MANERA PREVIA, EXPRESA E INFORMADA a LAS COMPAÑÍAS su matriz, subordinadas, afiladas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo, ii)ejercer su derecho de conocer al su Cliente/ afiliado/ usuario/ **proveedor/ intermediario/ otros**, según el caso con quien se propone entabla con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros;iv)Realizar consulta de información relacionada con los aportes a la seguridad social v) Realizar transmisión y/o transferencia nacional e internacional en caso de ser necesario, con el fin de poder prestar los servicios de carácter técnico, operativo, humano y tecnológico requeridos y/o solventar las solicitudes del cliente así como las expuestas en la Política de Tratamiento de Datos de LAS COMPAÑÍAS. Para efectos de esta autorización, entiendo que, como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiendo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13 hoy compilado por el Decreto Único Reglamentario 1704 del 2015, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LAS COMPAÑÍAS, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado, y finalmente entiendo que, para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web https://www.axacolpatria.co. Y los establecidos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de LAS COMPAÑIAS, la cual se encuentra publicada en www.axacolpatria.co

48. Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

49. Nombre del Intermediario de Seguros que hace el Procedimiento de Conocimiento del Cliente:

50. Nombre de quien verifica:	51. Cargo:	52. Número de cédula:

DOCUMENTOS REQUERIDOS (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

Se requiere adjuntar a) Fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% b) En caso de ser apoderado, adjuntar el poder. La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

FIRMA

USTED PUEDE FIRMAR DIRECTAMENTE ESTE DOCUMENTO O PUEDE UTILIZAR LA OPCIÓN DE REEMPLAZO DE FIRMA

Si desea optar por el Reemplazo de Firma, entonces:

"TEXTO DE REEMPLAZO DE FIRMA. Conforme a lo establecido en la normatividad SARLAFT, es permitido sustituir su firma y huella en este formulario, siempre y cuando se tomen las medidas efectivas para garantizar el conocimiento de su identidad, para tal efecto, usted podrá remitir este formulario completamente diligenciado, a través de su correo electrónico registrado en este formulario, poniendo en el asunto solamente su número de identificación sin espacios, comas y puntos y adjuntando copia nítida de su documento de identificación, registrado en este formulario, por ambas caras, y remitirlo tanto a HYPERLINK "mailto:conocimiento.cliente@axacolpatria.co" **conocimiento.cliente@axacolpatria.co** como al email de su Asesor de Seguros. Mediante este hecho usted indica que la información contenida en este formulario cuenta con su aprobación, y autoriza el tratamiento de sus datos personales mediante una conducta inequívoca, considerando las observaciones que sobre dicha autorización usted haya registrado en el formulario."

Si desea firmar este documento, entonces:
Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:

Beatriz Elena Londoño

Firme aquí

AXA COLPATRIA

ANEXO DE LOS FCC (PARA CLASIFICACIÓN DEL REGIMEN)

El SARLAFT es el sistema de administración de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, bajo la nueva circular 027 de septiembre del 2020, la cual empezó a regir a partir del 1 de septiembre del 2021

Según la nueva normatividad la identificación del nivel de riesgo y el procedimiento de conocimiento del cliente a se clasifica cumpliendo las siguientes reglas:

• **Régimen simplificado:** La norma tiene varios artículos que el negocio puede cumplir con el fin de ser clasificado dentro de este régimen. A continuación, se listan los artículos que la norma establece para régimen simplificado, sin embargo, los numerales más aplicados a los canales de emisión correspondiente a la compañía, son los que se encuentran resaltados en negrita.

- 4.2.2.2.1.4.4.1. Los tomados por entidades financieras, aseguradoras o sociedades administradoras de fondos de pensiones por cuenta de sus clientes.
- 4.2.2.2.1.4.4.2. Los relativos a la seguridad social.
- 4.2.2.2.1.4.4.3. Aquellos en que el tomador, asegurado, afianzado o beneficiario sea una persona jurídica bajo el régimen de derecho público, salvo los tomados por empresas industriales y comerciales del Estado y/o sociedades de economía mixta que no estén sometidas a inspección y vigilancia de la SFC.
- **4.2.2.2.1.4.4.4. Los contratos de reaseguro.**
- **4.2.2.2.1.4.4.5. Los tomados mediante mercadeo masivo, bancaseguros, corresponsales y uso de red siempre que el pago de las primas se haga mediante descuento directo de cuenta de ahorros, cuenta corriente, tarjeta de crédito o cualquier forma de crédito otorgado por un establecimiento de crédito, y que el cliente haya autorizado expresamente el traslado.**
- 4.2.2.2.1.4.4.6. Aquellos tomados por personas naturales o jurídicas por cuenta y a favor de sus empleados, cuyo origen sea un contrato de trabajo o relación laboral, respecto de la información del asegurado y el beneficiario. En lo que hace al tomador, la información debe solicitarse en su totalidad.
- **4.2.2.2.1.4.4.7. Aquellos que las entidades aseguradoras están obligadas a expedir por disposición legal.**
- 4.2.2.2.1.4.4.8. Aquellos otorgados mediante procesos de licitación pública.
- 4.2.2.2.1.4.4.9. De cumplimiento cuando se celebren para garantizar el cumplimiento de contratos con entidades de carácter público.
- 4.2.2.2.1.4.4.10. De accidentes personales en vuelo.
- **4.2.2.2.1.4.4.11. Los contratos de coaseguro para las compañías distintas a la líder.**
- 4.2.2.2.1.4.4.12. Pólizas judiciales.
- **4.2.2.2.1.4.4.13. De salud.**
- 4.2.2.2.1.4.4.14. Exequiales.
- **4.2.2.2.1.4.4.15. Los seguros tomados por personas naturales que cumplan con los siguientes requisitos de forma simultánea: (i) que el valor asegurado sea igual o inferior a 135 SMMLV y (ii) que el máximo pago anual de la prima sea igual o inferior a 6 SMMLV.**

Régimen ordinario: Son todos aquellos negocios que ***no cumplan con alguna*** de las condiciones listadas en los artículos que la norma establece para régimen simplificado.

AXA COLPATRIA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO Y ORDINARIO PARA PERSONA NATURAL - Julio del 2022

1. Fecha de diligenciamiento | 2. Clase de Vinculación Tomador ○ Asegurador ○ Beneficiario ○ Afianzado ○ Proveedor ○ Intermediario ○ Otro ○ _____

DATOS BÁSICOS DE LA PERSONA NATURAL (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

3. Nombre completo Beatriz Elena londoño | 4. Tipo de identificación C.C. [X] NIT [ ] C.E. [ ] Otro [ ]

5. Número de identificación 43 766.262 | 6. Fecha de expedición 31 mayo 2020 | 7. Producto o seguro a adquirir

CAMPOS ADICIONALES DE LA PERSONA NATURAL (Aplica solo para régimen ordinario)

8. Nacionalidad Colombiana | Nacionalidad 2 | 10. ¿Tiene usted obligaciones fiscales en otro país? Sí [ ] No [X] | 11. ¿Cuál(es)?

12. Fecha de nacimiento 12 - Dic - 1980 | 13. Dirección de residencia Cra 30 # 266 - 40

14. Ciudad de residencia Cali | 15. Departamento de residencia Valle cauca | 16. Teléfono

17. Celular 310 4456866 | 18. Correo electrónico Betlylondon1212@gmail.com

INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) (Aplica solo para régimen ordinario)

19. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), según la definición contemplada en el Decreto 830 de 2021 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen? Sí [ ] No [ ]

20. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) extranjera? Sí [ ] No [ ] | 21. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) de organizaciones internacionales? Sí [ ] No [ ]

22. ¿Tiene una sociedad conyugal, de hecho o de derecho con una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí [ ] No [ ]

23. ¿Es usted un asociado cercano de una PEP? (Cuando la PEP sea socia o asociada de una persona jurídica y, además, sea propietaria directa o indirecta con una participación superior al 5% de la persona jurídica , o ejerza el control de la persona jurídica, en los términos del Artículo 261 del Código de Comercio). Sí [ ] No [ ]

24. ¿Es usted familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil de una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí [ ] No [ ]

Si tiene algún tipo de relación con una persona expuesta políticamente (PEP), diligencie los siguientes campos: | 25. Nombre (PEP) | 26. Cargo

INFORMACIÓN ECONÓMICA (Aplica solo para régimen ordinario)

27. Ocupación (empleado) | 28. Empresa donde labora | 29. Cargo

30. Actividad económica (indep.) | 31. CIIU | 32. Producto o servicio que comercializa

33. Activo | 34. Pasivo | 35. Patrimonio | 36. Ingresos | 37. Egresos | 38. Otros ingresos

39. Concepto de otros ingresos | 40. Procedencia de los fondos para la adquisición del seguro

41. ¿El pago de la prima se hará en moneda extranjera? Sí [ ] No [ ] | 42. ¿El pago de la prima se hará desde una cuenta del exterior? Sí [ ] No [ ]

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL PRODUCTO DE SEGUROS (Aplica solo para régimen ordinario)

43. ¿Para la venta de este seguro hay asegurados, beneficiarios o afianzados diferentes al tomador? Sí [ ] No [ ] | 44. ¿Son esos asegurados, beneficiarios o afianzados personas naturales? Sí [ ] No [ ]

45. Información de los asegurados, beneficiarios o afianzados persona natural (si aplica). Se debe suministrar la fotocopia del documento de identificación para cada beneficiario.

	Nombres y apellidos	Tipo de documento	Número	Fecha de expedición	¿El asegurado, beneficiario o afianzado es una persona políticamente expuesta (PEP)?	¿Es beneficiario de una póliza de seguros de vida u otras pólizas de seguro con componente de ahorro e inversión?
Asegurado, beneficiario o afianzado 1					Sí [ ] No [ ]	Sí [ ] No [ ]
Asegurado, beneficiario o afianzado 2					Sí [ ] No [ ]	Sí [ ] No [ ]
Asegurado, beneficiario o afianzado 3					Sí [ ] No [ ]	Sí [ ] No [ ]
Asegurado, beneficiario o afianzado 4					Sí [ ] No [ ]	Sí [ ] No [ ]

46. ¿Son esos asegurados, beneficiarios o afianzados personas jurídicas? Sí [ ] No [ ]

47. Información de los asegurados beneficiarios afianzados Persona Jurídica (si aplica).Se debe suministrar la fotocopia del Certificado de Existencia de Representación Legal. No aplica para inscritos en RNVE.

	Nombre de la empresa	NIT	Nombre y apellido (Representante Legal)	Tipo ID	No. ID	¿Es beneficiario de una póliza de seguros de vida u otras pólizas de seguro con componente de ahorro e inversión?
Asegurado,beneficiario o afianzado 1						Sí [ ] No [ ]
Asegurado,beneficiario o afianzado 2						Sí [ ] No [ ]
Asegurado,beneficiario o afianzado 3						Sí [ ] No [ ]
Asegurado,beneficiario o afianzado 3						Sí [ ] No [ ]

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

Declaración de veracidad de la información, origen y destino de recursos, y actualización de información.

Yo, _____, identificado con _____ No._____ de _____, (o como aparezco identificado al pie de mi firma) ante AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro: 1. Que toda la información que he suministrado y suministraré a través de cualquier medio es veraz, actual, completa, exacta, comprobable, comprensible y pertinente en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. 2. Que tanto mi actividad económica como mi profesión son lícitas, que las ejerzo dentro de los marcos legales y que los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato, son lícitos y provienen de: _____. 3. Que los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 4. Que me obligo para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto. 5. En mi calidad de solicitante del seguro aquí referenciado, manifiesto expresamente, que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza. Manifiesto además, que me han sido explicadas por la aseguradora y / o por el intermediario de seguros las exclusiones y el alcance o contenido de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, las acepto y solicito me sea expedida la póliza de seguros.