



Señor:
ASEGURADORA ALLIANZ

**REF: APOORTE DOCUMENTOS DE CONFORMIDAD CON ACUERDO
CONCILIATORIO**

DTE: ZULEMA SMITH GOMEZ MACÍAS Y JOSÉ MARCOS RESTREPO BARRIENTOS

DDOS: MARTHA INES SAAVEDRA TELLO- JOSE ALFREDO

MOGOLLÓN TELLO Y ALLIANZ SEGUROS S.A.

RADICADO: 17380311200220220080900

ERIKA JOHANA BERNAL ARISTIZABAL, mayor de edad, vecino del municipio de la Dorada - Caldas, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.098.667.626 de Bucaramanga, y T.P. No. 223.744 del C. S. de la J., con correo electrónico erikaristizabal1989@hotmail.com; obrando en calidad de apoderada de los señores **JOSÉ MARCOS RESTREPO BARRIENTOS**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.161.436, **ZULEMA SMITH GÓMEZ MACÍAS**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1054541304 de la Dorada- Caldas; y **KATHERINE RESTREPO GÓMEZ**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.007.474.114; me permito aportar los siguientes documentos:

1. Desistimiento de la acción penal, con constancia de radicación ante la fiscalía competente.
2. Acta de la audiencia en la cual se concertó el acuerdo conciliatorio.
3. Copia de la cédula de ciudadanía de los demandantes al 150%
4. Certificado bancario actual, no mayor a 30 días de la cuenta a la cual se hará el pago.
5. Formulario sarlaft (formato de autorización de pagos y formato único de conocimiento), que se adjuntan, diligenciados por la persona que va a realizar el pago.

Lo anterior, de conformidad con el acuerdo conciliatorio al que llegaron las partes el día 28 de enero de 2025 en el proceso de la referencia, aclarando que mis poderdantes manifestaron en audiencia pública que no existen otras personas con igual o mejor derecho que ellos para recibir la indemnización. Igualmente, manifestaron estar de acuerdo en que sea la señora ZULEMA SMITH GOMEZ MACÍAS quien reciba los dineros producto de la conciliación.

La documentación antes descrita se envía a los correos electrónicos: dmunoz@gha.com.co y/o notificaciones@gha.com.co; y a la dirección física AV 6ª A # 35N100 Oficina 212 (Cali - Centro empresarial Chipchape).



NOTIFICACIONES

-JOSE MARCOS RESTREPO, Podrá ser notificada en la vereda el llano, finca la arenera del municipio de Victoria, Caldas; celular 322 722 7683 y no posee correo electrónico.

-ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS: Podrá ser notificada en la vereda el llano, finca la arenera del municipio de Victoria, Caldas; celular 322 722 7683 correo: zulemasmith2417@gmail.com

KATHERINE RESTREPO GÓMEZ, Podrá ser notificada en la vereda el llano, finca la arenera del municipio de Victoria, Caldas; celular 322 722 7683, correo: zulemasmith2417@gmail.com

-La suscrita en la calle 17 No. 3- 37 local 110 de la Dorada- Caldas- tel: 3122986369-

Atentamente,

ERIKA JHOANA BERNAL ARISTIZABAL

C.C. 1098667626

T.P. No. 223. 744 del C.S.DE LA J.

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Fecha: DÍA MES AÑO **2025**

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado

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

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

Persona Natural

Primer apellido **GOMEZ** Segundo Apellido **MACIAS** Nombres Completos **ZULEMA SMITH**

Documento de Identidad

Personas Nacionales T.I NUJO
 Cédula No **1054541304** Fecha de expedición **19-11-2004** Lugar de expedición **Dorada**
 Personas Extranjeras C. Extranjería Pasaporte Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext.
 No Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses. No

NACIONALES TURISTAS DE LOS PAISES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia:

Fecha de nacimiento **07-Julio-1985** Lugar de nacimiento **Victoria** Nacionalidad **Colombiana** Dirección de Residencia **Finca la Arenera Vereda el Llano**
 Ciudad **Victoria** Teléfono **3227227683** E-mail **zulemasmith2417@gmail.com** Celular

Oficio o profesión **Enfermera** Actividad: Independiente Dependiente

Empresa donde trabaja **Independiente** Cargo **Actividades Apoyo terapéutico** Teléfono **3227227683**
 Dirección comercial **Finca la Arenera Vereda el Llano** Ciudad **Victoria - Caldas**

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI NO
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI NO
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI NO

Actividad económica **Actividades de apoyo terapéutico** Código CIU **8692**
 Ingresos Mensuales (Pesos) **1.200.000** Egresos mensuales (Pesos) **1.000.000**
 Activos (Pesos) **20.000.000** Pasivos (Pesos) **35.000.000**
 Patrimonio (Pesos) Otros Ingresos (Pesos)

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos
 Tipo de documento N° Fecha de expedición Lugar de expedición

Persona Jurídica

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

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos
 Tipo de documento N° Fecha de expedición Lugar de expedición
 Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento Nacionalidad
 Dirección Ciudad Teléfono

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5 DE COLOMBIA VIGILADO

1950

1950

1950

1950

1950

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

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos) Egresos mensuales (Pesos)

Activos (Pesos) Pasivos (Pesos)

Patrimonio (Pesos) Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

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

Realiza transacciones en moneda extranjera Si No Cuál Indique otras operaciones

Productos financieros en el exterior

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros

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

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

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

Declaraciones y Autorizaciones

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

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIBIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDIA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si No

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si No

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

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

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

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

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

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


Firma del cliente o apoderado



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

Faint header text at the top of the page, possibly containing a title or reference number.

Second line of faint text, appearing to be a section header or a specific reference.

Third line of faint text, continuing the header information.

Fourth line of faint text, possibly a date or a specific identifier.

Fifth line of faint text, likely another header element.



Faint footer text at the bottom of the page, possibly containing contact information or a page number.

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI NO

¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI NO

¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI NO

¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

Tomador

Nombre o razón social: **ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS** Nit. /C.C. **1054541304**

Oficina principal: Dirección **Finco Brenera Vereda el Llano** Ciudad **VICTORIA-CALDAS** Teléfono **3227227683**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligencian las personas jurídicas)

Primer apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres Completos: _____

Tipo de documento: _____ N°: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
 Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): _____ Número de Cuenta (validar según relación): **39277585646** Tipo de Cuenta: Corriente Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.
PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Cheque Efectivo Tarjeta Allianz: _____
Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE. SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

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

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

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

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

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6.); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

X Zulema Smith Gomez Macias

Nombre: **Zulema Smith Gomez Macias**
 C.C. No. **1054541304.**

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatina	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
DevAnde	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	067	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5 DE COLOMBIA

VIGILADO

VERSIÓN 310124-1



SAS
ASISTENCIA JURIDICA
Asistencia efectiva
Senor

Copia

FISCAL PRIMERO (01) SECCIONAL DE LA DORADA, CALDAS.
E.S.D.

REFERENCIA: HOMICIDIO CULPOSO
PROCESADO: JOSE ALFREDO MOGOLLON TELLO
RADICADO: 17-380361-069-39-2018-80004-00
VICTIMAS: JOSE MARCOS RESTREPO - ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS, MENORES:
MICHEL SMITH RESTREPO GOMEZ (q.e.p.d) Y KATHERINE RESTREPO.

ASUNTO: DESISTIMIENTO DE LA DENUNCIA PENAL POR HOMICIDIO CULPOSO

ERIKA JHOANA BERNAL ARISTIZABAL, mayor de edad, identificada con número de cédula de ciudadanía 1.098.667.626 y tarjeta profesional número 223.744 del C.S. de la J., actuando en calidad de apoderada de las Víctimas dentro del proceso de la referencia, informamos al despacho que la suscrita y las víctimas renuncias a dar continuidad al proceso, esto debido a que fue conciliado dentro del proceso de **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL** que se lleva en el **JUZGADO 01 CIVIL DEL CIRCUITO** de esta misma municipalidad, y el cual se encuentra bajo el radicado número **1738031 12 002 2022 00809 00**, de manera integral los perjuicios sufridos por las víctimas dentro del accidente de tránsito en el cual falleció la menor **MICHEL SMITH RESTREPO GOMEZ**

En coadyuvancia, firmo el anterior desistimiento, el cual efectúo de forma libre, voluntaria y sin ningún apremio, todas vez que fui informada por mi apoderada la doctora **ERIKA JHOANA BERNAL ARISTIZABAL**, de los derechos que me asistían como víctima y de las implicaciones de este documento y del efecto que como consecuencia de la conciliación del proceso civil, implica dentro del presente proceso penal.

Mentamente,

ERIKA JHOANA BERNAL ARISTIZABAL
C.C. N° 1.098.667.626 de Bucaramanga.
T.P. N° 223.744 del C.S de la J.

COADYUVA,

KATHERINE RESTREPO GOMEZ
C.C. N° 1.007.474.114

EDIFICIO LUCRECIO VELEZ - OFICINA 505- CARRERA 49 No. 50- 30 de Medellin-
CALLE 17 No. 3- 37 OFICINA 110 de la Dorada- Caldas
Tel. 3122986369- 60 6 8370807

Juan Camilo Orozco López
29/01/2025 10:10 hs. F. 1. Secc. Dorada



S.A.S
ASISJURIDICA
 asistencia efectiva

Copia

Señor
FISCAL PRIMERO (01) SECCIONAL DE LA DORADA, CALDAS.
 E.S.D.

REFERENCIA: HOMICIDIO CULPOSO.
PROCESADO: JOSE ALFREDO MOGOLLON TELLO.
RADICADO: 17-380361-069-39-2018-80004-00
VICTIMAS: JOSE MARCOS RESTREPO - ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS, MENORES:
MICHEL SMITH RESTREPO GOMEZ (q.e.p.d) Y KATHERINE RESTREPO.

ASUNTO: DESISTIMIENTO DE LA DENUNCIA PENAL POR HOMICIDIO CULPOSO.

ERIKA JHOANA BERNAL ARISTIZABAL, mayor de edad, identificada con número de cedula de ciudadanía 1.098.667.626 y tarjeta profesional número 223.744 del C.S. de la J., actuando en calidad de apoderada de las Víctimas dentro del proceso de la referencia, informamos al despacho que la suscrita y las víctimas renuncias a dar continuidad al proceso, esto debido a que fue conciliado dentro del proceso de **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL** que se lleva en el **JUZGADO 01 CIVIL DEL CIRCUITO** de esta misma municipalidad, y el cual se encuentra bajo el radicado número **1738031 12 002 2022 00809 00**, de manera integral los perjuicios sufridos por las víctimas dentro del accidente de tránsito en el cual falleció la menor **MICHEL SMITH RESTREPO GOMEZ**.

En coadyuvancia, firmamos el anterior desistimiento, el cual se efectúa de forma libre, voluntaria y sin ningún apremio, todas vez que fuimos informados por nuestra apoderada la doctora **ERIKA JHOANA BERNAL ARISTIZABAL**, de los derechos que nos asistían como víctimas y de las implicaciones de este documento y del efecto que como consecuencia de la conciliación dentro del proceso civil, implica dentro del presente proceso penal.

Atentamente,

ERIKA JHOANA BERNAL ARISTIZABAL
 C.C. N° 1.098.667.626 de Bucaramanga.
 T.P. N° 223.744 del C.S de la J.

COADYUVAN,

ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS
 C.C. N° 1.054.541.304

JOSE MARCOS RESTREPO BARRIENTOS
 C.C. N° 16.161.486

Juan Camilo Orozco Lopez
 29/01/2025 10:10 hrs F. 1. Sec

Certificación Bancaria

Martes, 28 de enero de 2025

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **ZULEMA SMTITH GOMEZ MACIAS** identificado(a) con CC. **1054541304** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	392-775856-46	2025/01/28	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Santiago Valencia Calderón
Lider Area de Conocimiento Autoservicios

 **Bancolombia**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.054.541.304

NUMERO

GOMEZ MACIAS

APELLIDOS

ZULEMA SMITH

NOMBRES

Zulema Gomez Macias
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
VICTORIA
(CALDAS)

01-JUL-1985

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

19-NOV-2004 LA DORADA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-0904900-35 134822-F-1054541304-20050221

01046 05052N 03 172532511

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.161.436**
RESTREPO BARRIENTOS

APELLIDOS
JOSE MARCOS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-SEP-1977**

BARBOSA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69

ESTATURA

O+

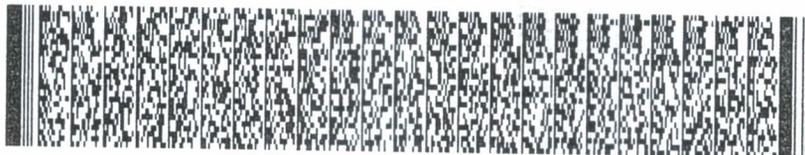
G.S. RH

M

SEXO

05-JUL-1996 VICTORIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0107800-00163296-M-0016161436-20090717

0013571826A 1

25023036

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.474.114**
RESTREPO GOMEZ

APELLIDOS
KATHERINE

NOMBRES

Katherine Restrepo S

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-SEP-2002**

HONDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

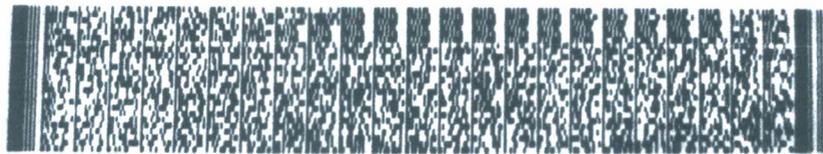
F

SEXO

23-SEP-2020 LA DORADA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0904900-01164649-F-1007474114-20200925

0071863526A 1

8500678268

REPUBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO

La Dorada, Caldas, veintiocho (28) de enero dos mil veinticinco (2025).

ACTA DE AUDIENCIA PÚBLICA CELEBRADA DENTRO DEL PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL Radicado N° 2022-00809-00 promovido por los señores JOSE MARCOS RESTREPO BARRIENTOS, ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS, KATHERINE RESTREPO GOMEZ, en contra de JOSE ALFREDO MOGOLLON TELLO (conductor vehiculo HFO-998), MARTHA INES SAAVEDRA TELLO (propietaria), ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A. (aseguradora del vehiculo).

FECHA DE REALIZACIÓN: La Dorada, Caldas, 28 de enero de 2025.

Hora de inicio: 9:05 a.m.

Virtual por el aplicativo teams

INTERVINIENTES:

Juez: LUIS MARIO OSPINA RINCON.

JOSE MARCOS RESTREPO BARRIENTOS, ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS, KATHERINE RESTREPO GOMEZ.

Apoderado Judicial: ERIKA JHONANA BERNAL ARISTIZABAL.

Demandados: JOSE ALFREDO MOGOLLON TELLO (conductor vehiculo HFO-998), MARTHA INES SAAVEDRA TELLO (propietaria), ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A. (aseguradora del vehiculo)

Apoderada judicial Darlyn Muñoz (aseguradora)

Apoderado judicial Jose Alfredo Mogollon (demandados)

Maria Claudia Romero Representante legal aseguradora

OBJETO DE LA AUDIENCIA: Esta audiencia está programada para evacuar las etapas establecidas en el artículo 372 del Código General del Proceso.

DESARROLLO DE LA AUDIENCIA

REPUBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO

Se pone de presente a las partes que el objeto de la audiencia es agotar el trámite previsto en el artículo 372 del C.G.P que se había iniciado por el anterior despacho y con este fin se continuó con la conciliación, después de varias propuestas y teniendo en cuenta el ánimo conciliatorio de las partes, se llegó al siguiente acuerdo:

La parte demandada, se comprometió a pagar a los demandantes la suma de \$ 230.000.000 que serán pagados de la siguiente manera:

La Compañía ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A. (aseguradora del vehículo) la suma de \$ 230.000.000 de pesos, los cuales serán pagaderos dentro de los 20 días hábiles siguientes a la radicación de los documentos enunciados en esta audiencia, la suma será cancelada en la cuenta de ahorros de la señora ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS, se le advierte a las partes que el presente acuerdo conciliatorio da por término el conflicto jurídico que existe entre los acá demandantes señores JOSE MARCOS RESTREPO BARRIENTOS, ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS, KATHERINE RESTREPO GOMEZ, en contra de JOSE ALFREDO MOGOLLON TELLO (conductor vehículo HFO-998), MARTHA INES SAAVEDRA TELLO (propietaria), ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A. (aseguradora del vehículo), por ende éste conflicto jurídico termina acá sin posibilidad de revivirlo dado que constituye como cosa juzgada, a su vez la presente acta constituirá mérito ejecutivo.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Primero Civil del Circuito de La Dorada, Caldas,

RESUELVE

Primero: Aprobar en toda y cada una de sus partes la conciliación celebrada en esta audiencia, por parte de los demandantes señores JOSE MARCOS RESTREPO BARRIENTOS, ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS, KATHERINE RESTREPO GOMEZ, en contra de JOSE ALFREDO MOGOLLON TELLO (conductor vehículo HFO-998), MARTHA INES SAAVEDRA TELLO (propietaria), ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A. (aseguradora del vehículo).

REPUBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO

Segundo: El pago de \$230.000.000 de pesos será cancelado de la siguiente manera:

Dentro de los 20 días hábiles siguientes a la radicación de los documentos enunciados en esta audiencia, la suma será cancelada en la cuenta de ahorros de la señora ZULEMA SMITH GOMEZ MACIAS.

Tercero: En consencuencia, declara la terminación del presente proceso por conciliación.

Cuarto: La presente conciliación presta mérito ejecutivo y hace tránsito a cosa juzgada.

Quinto : Por secretaría procédase el archivo de las diligencias, dejando las constancias del caso.

Elabórese la correspondiente acta de audiencia y en la cual se informe lo acordado por los intervinientes y expídase copia para que tengan acceso a la misma.

En los anteriores términos el despacho notifica la anterior decisión a las partes.

Sin recursos.

El despacho autoriza el retiro de los intervinientes, siendo las 11:35 minutos de da por terminada la audiencia

link

Firmado Por:

Luis Mario Ospina Rincon
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 001
La Dorada - Caldas

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: **35a8c1f7ff50ea0e2eed050674005577fd20070ea6f79f06a8dcd39f46cbe858**
Documento generado en 28/01/2025 03:16:17 PM

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

Señor:
ASEGURADORA ALLIANZ

REF: AUTORIZACIÓN – ENTREGA DE DINEROS - MANIFESTACIÓN
DTE: ZULEMA SMITH GOMEZ MACÍAS Y JOSÉ MARCOS RESTREPO BARRIENTOS
DDOS: MARTHA INES SAAVEDRA TELLO- JOSE ALFREDO
MOGOLLÓN TELLO Y ALLIANZ SEGUROS S.A.
RADICADO: 17380311200220220080900

KATHERINE RESTREPO GÓMEZ, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.007.474.114; por medio del presente escrito me manifestamos que no existen otras personas con igual o mejor derecho al nuestro para realizar reclamación y/o indemnización por las situaciones que fueron objeto de litigio en el proceso de la referencia.

Igualmente manifestamos estar de acuerdo en que los dineros producto de la conciliación sean consignados a la cuenta de ahorros de la señora ZULEMA SMITH GÓMEZ MACÍAS.

Atentamente,



KATHERINE RESTREPO GÓMEZ, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.007.474.114;

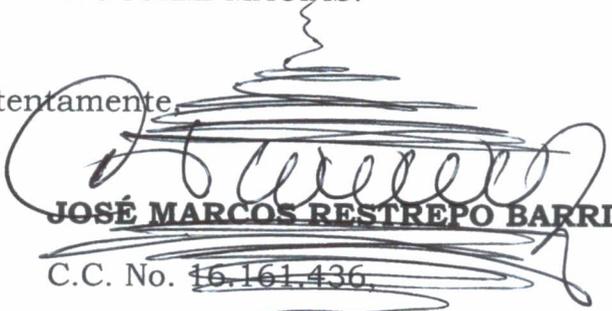
Señor:
ASEGURADORA ALLIANZ

REF: AUTORIZACIÓN - ENTREGA DE DINEROS - MANIFESTACIÓN
DTE: ZULEMA SMITH GOMEZ MACÍAS Y JOSÉ MARCOS RESTREPO BARRIENTOS
DDOS: MARTHA INES SAAVEDRA TELLO- JOSE ALFREDO
MOGOLLÓN TELLO Y ALLIANZ SEGUROS S.A.
RADICADO: 17380311200220220080900

JOSÉ MARCOS RESTREPO BARRIENTOS, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.161.436, **ZULEMA SMITH GÓMEZ MACÍAS**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1054541304 de la Dorada-Caldas; por medio del presente escrito me manifestamos que no existen otras personas con igual o mejor derecho al nuestro para realizar reclamación y/o indemnización por las situaciones que fueron objeto de litigio en el proceso de la referencia.

Igualmente manifestamos estar de acuerdo en que los dineros producto de la conciliación sean consignados a la cuenta de ahorros de la señora ZULEMA SMITH GÓMEZ MACÍAS.

Atentamente,



JOSÉ MARCOS RESTREPO BARRIENTOS,

C.C. No. 16.161.436.



ZULEMA SMITH GÓMEZ MACÍAS,

No. 1054541304 de la Dorada- Caldas