



PEÑARANDA & SARASTY.
ABOGADOS ASOCIADOS

Señores
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A
notificaciones@gha.com.co
ypena@gha.com.co
Avenida 6ª BIS No. 35 - 100 Oficina 212
Cali

G. HERRERA & ASOCIADOS

06 DIC 2023

**RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACION**

Ref.: Proceso Verbal 520013103002-2022-00202-00 de Promovida
por **SIMÓN MEZA MESÍAS** en contra Banco **BBVA Colombia S.A.** y
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A

Atento saludo,

* **MARICÉ STEPHANI PEÑARANDA BENAVIDES**, identificada como aparece al pie de mi firma, apoderada del demandante, en atención al acuerdo conciliatorio llevado a cabo en audiencia programada el día 17 de noviembre de 2023, dentro del proceso Verbal No. 520013103002-2022-00202-00, Promovida por **SIMÓN MEZA MESÍAS** en contra Banco **BBVA Colombia S.A.** y **BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.**, mismo que cursa en el Juzgado Segundo Civil Circuito de Pasto, respetuosamente allego en archivo PDF.

1. Formulario SARLAFT diligenciado y firmado por el Señor Nelson Felipe Meza, padre de mi representado
2. Certificación Bancaria del niño **SIMON MEZA MESIAS**, cuenta de ahorros No. 205014178 del Banco AV Villas.
3. Cedula de ciudadanía del Señor **NELSON FELIPE MEZA**

Cabe resaltar que por disposición de la Señora Jueza y tal cual consta dentro del acuerdo conciliatorio los valores a pagarse a mi representado se harán directamente en la cuenta bancaria del niño **SIMON MEZA MESIAS** previamente descrita.

Cordialmente,

MARICÉ STEPHANI PEÑARANDA BENAVIDES
C.C. 59.312.925 de Pasto
T.P. 201.329 del C.S. de la J.
penarandaabogados@gmail.com

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL- SECTOR ASEGURADOR

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA - SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fecha Diligenciamiento	17 de noviembre de 2023	Ciudad	PASTO	Sucursal		Tipo Solicitud	Vinculación
EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.							
CLASE DE VINCULACIÓN:	Tomador ☐	Asegurado ☐	Beneficiario ☒	Afianzado ☐	Proveedor ☐	Intermediario ☐	Otro ☐
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).							
Tomador - Asegurado	☐	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	Cual:	
Tomador - Beneficiario	☒	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	Cual:	
Asegurado - Beneficiario	☐	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☒	Otra ☐	Cual:	

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO	MEZA	SEGUNDO APELLIDO	GALLARDO	NOMBRES	NELSON FELIPE
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	5.206.717	FECHA DE EXPEDICIÓN	5/02/1987
LUGAR DE EXPEDICIÓN	PASTO	FECHA DE NACIMIENTO	20/10/1978	LUGAR DE NACIMIENTO	PASTO
NACIONALIDAD	COLOMBIANA	E-MAIL	fmeza12@gmail.com		
DIRECCIÓN (Residencia)	CALLE 64 SBN 41	DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA	CIUDAD	CALI
TELÉFONO (Casa)		CELULAR	3206954983	SECTOR	Servicios
CIU (cod)		ACTIVIDAD PRINCIPAL	Asalariado	CIU	Industrial
OCUPACION	EMPLEADO	CARGO	INGENIERO MECANICO		
EMPRESA DONDE TRABAJA	CARTON DE COLOMBIA SA	DIRECCIÓN (Oficina)	CALLE 15 18 109 PUERTO ISAACS	CIUDAD	YUMBO
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO (Oficina)	062 4414000	ACTIVIDAD SECUNDARIA	
CIU		DIRECCIÓN		CIUDAD	
DEPARTAMENTO		TELÉFONO			
¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes)					
INGRESOS MENSUALES (Pesos)	5.000.000	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	5.000.000		
ACTIVOS (Pesos)	200.000.000	PASIVO (Pesos)			
PATRIMONIO (Pesos)	200.000.000	OTROS INGRESOS (Pesos)			
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES	SALARIO				
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☒ NO					
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? ☐ SI ☒ NO					
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? ☐ SI ☒ NO					
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? ☐ SI ☒ NO Indique:					
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? ☐ SI ☒ NO Indique:					

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: EMPLEADO

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA?	☐ SI ☒ NO	CUAL		INDIQUE OTRAS OPERACIONES	
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?	☐ SI ☒ NO	¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?	☐ SI ☒ NO		
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS
					MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

☐ SI ☒ NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

1. Constancia de Ingresos (Honorarios laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda). 2. Inventario general de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas. 3. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150%. 4. Declaración de Renta del último período gravable disponible. (Si declara). 5. en caso de ser Apoderado, adjuntar Poder. La entidad aseguradora podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo de LA/FT.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente 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.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriban contratos de seguros:

Nombre	Dirección	Teléfono
ACE seguros S.A.	Calle 72 No. 10-51	(1)3190300
AIG Seguros Colombia S.A.	Calle 78 No. 9-57	(1)3138700
Allianz Seguros de Vida S.A.; Allianz Seguros S.A.	Carrera 13 A No. 29-24	(1)5600600
Aseguradora Solidaria de Colombia LTDA. Entidad Cooperativa	Calle 100 No. 9A-45	(1)6464330
BBVA Seguros Colombia; BBVA Seguros de Vida Colombia	Carrera 15 No. 95 65 Piso 6	(1)2191100
Cardif Colombia Seguros Generales S.A.	Calle 113 No. 7-80	(1)7444040
Cardinal Compañía de Seguros S.A.	Calle 98 No. 21-50	(1)7039052
Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A.	Av. Calle 26 No. 59-51	(1)3266210
Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.	Calle 82 No. 11-37	(1)6444690
Compañía de Seguros Bolívar S.A.; Seguros Comerciales Bolívar S.A.	Av. Dorado No. 688-31	(1)3410077
Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A.	Carrera 7 No. 74-21 P 1 Y 3	(1)7425119
Cóndor S.A. Compañía de Seguros Generales.	Carrera 7 No. 74-21	(1)3454980
Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A.	Av. Calle No. 69C-03	(1)3241111
Compañía Mundial de Seguros S.A.	Calle 33 No. 68-24	(1)2855600
Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S.A.; Generali Colombia-Seguros Generales S.A.	Carrera 7 No. 72-13	(1)3468888
Global Seguros de Vida S.A.	Carrera 9 No. 74-62	(1)3139200
La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo; La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo.	Carrera 9A No. 99-07	(1)5922929
La Previsora S.A. Compañía de Seguros	Calle 57No. 9-07	(1)3485757
Liberty Seguros de Vida S.A.; Liberty Seguros S.A.	Calle 72 No. 10-07	(1)3103300
Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.; Mapfre Seguros de Crédito S.A.; Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.	Carrera 14 No. 96-34	(1)6503300
Metlife Colombia Seguros de Vida S.A.	Carrera 7 No. 99-53	(1)6388240
Pan American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A.	Carrera 7 No. 75-09	(1)3267400
Positiva Compañía de Seguros S.A.	Av. Carrera 45 No.94-72	(1)6502200
QBE Seguros S.A.	Carrera 7 No. 76-35	(1)3190730
Royal & Sun Alliance Seguros (Colombia) S.A.	Avenida 19 No. 104-37	(1)4881000
Segurexpo de Colombia S.A.	Calle 72 No. 6-44	(1)3266969
Seguros Alfa S.A.; Seguros de Vida Alfa S.A.	Av Calle 24A No. 59-42	(1)3446770
Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A.; Seguros de Vida Suramericana S.A.; Seguros Generales Suramericana S.A.	Carrera 64 B No. 49A-30 Medellín - Colombia	(4)2602100
Seguros del Estado S.A.; Seguros de Vida del Estado S.A.	Carrera 11 No. 90-20	(1)6019330
Old Mutual Skandia Seguros de Vida S.A.	Av. 19 No. 109A- 30	(1)6584300
AXA Colpatria Seguros S.A.; AXA Colpatria Seguros de Vida S.A.; AXA Colpatria Capitalizadora S.A.	Carrera 7 No. 24-89	(1)3364677
Nacional de Seguros S.A.	Carrera 14 No. 89-48 Of 401	(1)7463219
Coface Colombia Seguros de Crédito S.A.	Carrera 15 No. 91-30 Of. 601	(1) 6231631
Berkley International Seguros Colombia S.A.	Carrera 7 No. 71-21 TA P5	(1)3572727

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la(s) sociedad(es) matriz de la(s) sociedad(es) referenciadas y con la(s) que se suscriban contrato(s) de seguros.

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad (es)

Dirección _____, Teléfono _____ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s)

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

II. Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e Intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLD, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de acceder al Sistema General 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 formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige 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, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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 v) del numeral 3 anterior, serán:

a) FASECOLD cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III. 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.

6. FIRMA Y HUELLA

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

Fuente

FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día ____ Mes ____ Año ____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

Nombre del Intermediario _____

Nombre del Asesor _____

Resultado de la Entrevista: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día ____ Mes ____ Año ____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica _____

Firma _____

Observaciones: _____



NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL

"AV VILLAS"

NIT 860035827-5

CRA 13 No. 27-47 P-24 BOGOTÁ D.C.

CERTIFICACIÓN

Que **SIMON MEZA MESIAS** Identificado con el documento No. **1.081.061.121**
posee en la oficina **UNICENTRO PASTO** (205) una cuenta de ahorros
No. **205014178** desde el **20 de enero de 2021**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los **18** días del mes de **noviembre** de **2023**

Atentamente,

Gerente Oficina **205**

Esta certificación tiene un costo de \$ **12.800,00**, el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IMP-119-V1