

ACUERDO DE PAGO CONCILIATORIO LYMY CHAMORRO

Valentina Peña Rueda <vpena@gha.com.co>

Miércoles 25/10/2023 17:07

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Valle del Cauca - Palmira <j03ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 2 archivos adjuntos (2 MB)

Formato_Conocimiento_de_ClienteOrdinario_Persona_Natural HDI -2022.pdf; Autorizacion_Tratamiento_de_datos.pdf;

ACUERDO CONCILIATORIO

1. Las partes han decidido, de manera libre y voluntaria, conciliar todas las diferencias que han surgido o que puedan llegar a surgir entre ellas, derivadas de los hechos ocurridos el **[fecha del hecho que da base a la conciliación]**, como consecuencia del **[hecho que da base a la conciliación]** del cual resultó **[lesionado/fallecido]** el señor **[nombre víctima directa]**, por la suma única, total y definitiva de **[Suma conciliada M/cte. (\$00'000.000)]**, que corresponde a la indemnización integral de la totalidad de los perjuicios reclamados por el convocante, pero sin limitarse a ellos, incluso los que se revelen en el futuro, independientemente de la denominación que adopten, poniendo fin a todas las reclamaciones extrajudiciales o judiciales realizadas o por efectuar; por lo cual **[señalar nombre(s) de convocante(s)]** desiste y renuncia libremente a todas sus pretensiones o a formular otras adicionales, precaviendo de ese modo eventuales y futuros litigios, motivados o relacionados directa o indirectamente con los hechos que convocaron a esta audiencia y sus secuelas, en cuanto este acuerdo comprende todos los daños y perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, o de cualquier tipo que hubieren sido provocados, y los que eventualmente se revelen en el futuro, de manera que no se deja nada pendiente, y por eso se extiende a cualquier efecto o consecuencia que se relacione o asocie directa o indirectamente, aunque sea imprevista, con los hechos que nos convocan, por lo cual incluyen en la suma por la que se concilia, el pago o solución de todos los conceptos de divergencia.
2. El pago de la suma citada, será realizada por **[Nombre compañía de seguros]** a favor de **[señalar nombre de quien recibe el pago]**. identificado con No. de **[c.c./nit]** **[número de id]**, mediante transferencia a la cuenta **[corriente / ahorros]** **[No. 000000000 de (Banco)]** en un plazo de VEINTE (**XX**) días hábiles posteriores a la fecha de presentación y recepción en la Av 6 a Bis # 35n - 100 ofc 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la dirección electrónica vpena@gha.com.co y notificaciones@gha.com.co, de los siguientes documentos:

45.500.000 a nombre de
RUTH ADRIANA ARGOTE
PUPIALES
\$84.500.000 a nombre de
uno de los demandantes
a nombre de ally chamorro
mendez

Dr. GUSTAVO ENEAS RODRIGUEZ
R. 4:56 p. m.

a nombre de DILIA YOLANDA
CHAMORRO MENDEZ es
quien recibira

- Formulario de Conocimiento del cliente y/o Sarlaft.
 - Formulario de autorización pago indemnización.
 - Copia de Cédula de ciudadanía ampliada al 150% o Certificado de Existencia y R/ción Legal.
 - Certificación de existencia de la cuenta bancaria de titularidad de **[señalar nombre de quien recibe el pago]**
 - Dos (2) ejemplares del escrito de desistimiento de la acción penal debidamente firmado y con nota de presentación personal y/o constancia de radicación.
3. Una vez allegados los documentos en su integridad y en los términos indicados, **[Nombre compañía de seguros]** contará con el plazo de **(20)** días hábiles para realizar el pago de la suma de dinero referida. La recepción completa de los documentos indicados en el numeral anterior constituye una condición suspensiva para la exigibilidad del pago, por tal razón, hasta que éstos no sean allegados debidamente y en su totalidad, de manera física y electrónica, no podrá verificarse pago alguno por parte de **[Nombre compañía de seguros]**.
 4. **[señalar nombre(s) de convocante(s)]**, de forma voluntaria y libre de todo premio y presión, bajo la gravedad de juramento, manifiestan que autorizan que el pago del dinero que les corresponde por la indemnización y reparación integral que cancelará **[Nombre compañía de seguros]** sea efectuado a nombre de **[señalar nombre de quien recibe el pago *verificar facultades de recibir*]**
 5. Una vez recibido el pago acordado, se entenderá ocurrido el resarcimiento que constituye la indemnización integral de todos y cada uno de los perjuicios sufridos por aquellos, éste hecho dará lugar a que se extinga por esa causa, cualquier acción penal, civil, administrativa o de otra índole que pueda iniciarse o se hubiere iniciado en contra de los convocados o con motivo de los hechos que dieron origen a esta conciliación.
 6. Este acuerdo se celebra bajo la premisa de que **[señalar nombre(s) de convocante(s)]** declara que es el único perjudicado como consecuencia de **[hecho que da base a la conciliación]** ocurrido **[fecha del hecho que da base a la conciliación]**, y en esa medida manifiestan que no existe ningún otro reclamante con derecho alguno, y comprometen su responsabilidad si esta declaración no corresponde a la realidad. **[señalar nombre(s) de convocante(s)]**, bajo la gravedad de juramento, manifiesta expresamente que él es el único con derecho a ser resarcido y la única persona que podría reclamar una indemnización, a raíz del accidente de tránsito que nos convoca a esta diligencia, y afirma que sabe que no existen otras personas que puedan alegar derecho alguno o que tengan derecho a reclamar una indemnización por el accidente o con ocasión del acuerdo del resarcimiento aquí reconocido; declaración ésta en virtud de la cual **[Nombre compañía de seguros]**, acepta y celebra este

acuerdo. En virtud de ello, el reclamante se compromete a responder con su propio peculio, ante la eventual aparición de personas que aleguen y puedan acreditar tener algún derecho que se derive del accidente de tránsito que hoy se concilia, de manera que el reclamante garantiza que él será quien indemnice a esas personas que eventualmente se presenten.

7. Se declara el PAZ Y SALVO DE HDI SEGUROS, LA EMPRESA ASEGURADA, Y EL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO.

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 RAZON SOCIAL		SEGUNDO APELLIDO*		NOMBRES*	
TIPO DE PERSONA		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			
Natural	Jurídica	NIT.	C.E.	C.C.	T.I. R.C. OTRO No.

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

- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
 - 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.
 - 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.
 - Que HDI Seguros o quien lo represente me han informado, de manera expresa:
 - FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por HDI Seguros o por quien lo represente, para las siguientes finalidades:
 - El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor.
 - El proceso de negociación de contratos con HDI Seguros, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
 - El control y la prevención del fraude.
 - La liquidación y pago de siniestros.
 - Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado.
 - Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
 - La elaboración de estudios técnico – actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora.
 - Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes, confirmación de datos y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora.
 - Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por HDI Seguros y/o Intermediario de seguros y/o proveedor de servicios.
 - Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA).
 - Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
 - La prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo.
 - El tratamiento podrá ser realizado directamente por HDI Seguros o por el encargado del tratamiento que ella considere necesario.
 - USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a:
 - Las personas jurídicas que tienen la calidad de filial, subsidiaria, vinculada o de matriz de HDI Seguros.
 - Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados, entre otros.
 - Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguros.
 - Las personas con las cuales HDI Seguros adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro.
 - Fasecolda, Inverfas S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - RESPONSABLE Y ENCARGADO DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es HDI Seguros, cuyos datos de contacto se encuentran explícitos en su página web www.hdi.com.co. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán los determinados por HDI Seguros S.A.
- V. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

7. FIRMAS

Como Titular de la información o como representante del Titular previa acreditación de la representación declaro que como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo y dejo huella en el presente documento.

FIRMA DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO

HUELLA INDICE DERECHO

Ciudad			
Día	Mes	Año	Hora
			a.m. p.m.

FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTE - ORDINARIO - PERSONA NATURAL

Todos los campos de este formulario deben quedar completamente diligenciados, en los campos que no tenga información, por favor escriba N/A (No aplica). Se recomienda diligenciar el formulario en **ACROBAT** antes de imprimirlo.



1. VÍNCULO / ROL

¿Cuál?

2. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos

Tipo ID

No. de Documento

Fecha de Expedición

Lugar de Expedición

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad

Sexo

3. DATOS LABORALES

Actividad Económica

Profesión / Ocupación

Cargo

Código CIU

4. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (Ver definición de PEP / Vinculados Familiares en el pie de página)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO ¿Es usted una persona expuesta políticamente PEP? SI NO ¿Es usted PEP de Organizaciones Internacionales o Extranjero PEP? SI NO ¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP? SI NO Responda lo siguiente en caso de sí.

Nombres y apellidos

Tipo ID

No. de Identificación

Parentesco

Cargo o Actividad

5. DATOS FINANCIEROS - (EN PESOS)

Ingresos Mensuales \$

Total Activos/Poseiones \$

Patrimonio \$

Egresos Mensuales \$

Total Pasivos/Deudas \$

Otros Ingresos Mensuales \$

Detalles de otros Ingresos

6. CÓDIGO DE RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al RUT)

013 Gran contribuyente

033 Impuesto al consumo

048 Impuesto sobre las ventas IVA

Otra

015 Auto retenedor

047 Régimen simple de tributación

049 No responsable de IVA

¿Cuál?

7. DATOS DE CONTACTO

Direcciones (Tipo Direcciones: 1. Residencial 2. Comercial1 3. Comercial2 4. Comercial3)

Tipo

Dirección

País

Departamento

Municipio

Correspondencia

SI NO

SI NO

Teléfonos (Tipo Teléfonos: 1. Residencial 2. Comercial1 3. Comercial2 4. Comercial3 5. Celular 6. Fax)

Tipo

Número 1

Tipo

Número 2

Tipo

Número 3

Correo Electrónico

8. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS DISTINTOS AL TOMADOR (Solo en caso de adquirir un producto de la compañía)

De acuerdo a la clase de vinculación, si el Tomador es diferente al Asegurado, sírvase diligenciar la siguiente información

Asegurado / Beneficiario	Nombres y Apellidos / Razón Social	Tipo ID	No. de Documento	Fecha de Expedición ID	¿Es PEP?	¿Es Oneroso?
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

9. 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 regulan 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.):

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.

