



RODRÍGUEZ & ARBOLEDA

Consultoría Legal

Doctora
VALENTINA PEÑA RUEDA
GHA ABOGADOS ASOCIADOS
E. S. D.

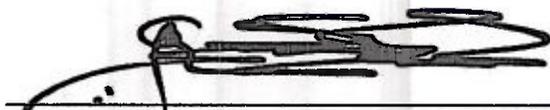
G. HERRERA & ASOCIADOS
30 OCT 2023
RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACION

REF.
RADICACION : 2022-027
PROCESO : VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRACONTRACTUAL
DEMANDANTES : LIMY CHAMORRO MENDEZ Y OTROS
DEMANDADOS : TRANSPORTES LA COLINA S.A.S Y
HDI SEGUROS S.A.
ASUNTO : REMISIÓN DE DOCUMENTOS SOLICITADOS
PARA PAGO

GUSTAVO ENEAS RODRIGUEZ RINCON, mayor de edad y vecino de Cali, identificado con cedula de ciudadanía No. 79.857.561 de Bogotá, abogado en ejercicio con tarjeta profesional No. 89.632 del C. S. de la J. actuando como apoderado sustituto en el proceso de la referencia, dando cumplimiento al acuerdo conciliatorio, me permito remitirle los siguientes documentos:

1. Acuerdo conciliatorio. (1)
2. Constancia de envío de Desistimiento vía correo electrónico. (1)
3. Desistimiento penal enviado a la Fiscalía 147 Seccional de Palmira. (1)
4. Formulario de autorización para pago por transferencia diligenciado por la apoderada principal y la demandante. (1)
5. Formulario de autorización tratamiento de datos a diligenciado por la apoderada principal y la demandante. (1)
6. Certificación bancaria de la apoderada principal y la demandante.
7. Copia ampliada de las cédulas de ciudadanía de la apoderada principal y la demandante. (1)

Atentamente.



GUSTAVO EENAS RODRIGUEZ RINCON
C.C. No. 79.857.561 de Bogotá
T.P. No. 89.632 del C. S. de la J.



**JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO
PALMIRA – VALLE DEL CAUCA**

Veinticuatro (25) de octubre dos mil veintitrés (2023)

AUTO # 1430

ACTA AUDIENCIA INSTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO Artículo 373 CGP

**Aprueba conciliación
Terminación del proceso
Ordena archivo**

HORA INICIO: 10:08 AM 24 OCT 2023

En la sala de audiencia virtual, de conformidad con la ley 2213 de 2022, a la hora y fecha señala mediante **auto No. 1112 del 14 de agosto de 2023**, el suscrito juez, se constituye en Audiencia Pública.

Videos de la audiencia:

[Video Audiencia IJ 1raParte 24-10-2023.mp4](#)

[Audiencia IJ 2daParte 24-10-2023.mp4](#)

[Audiencia IJ 3ra Parte-Conciliación 25-10-2023.mp4](#)

Proceso: DECLARATIVO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

Radicado: 76520-31-03-003-2022-00027-00

Demandantes:

	Nombre	# Cedula	Parentesco
1.	LIBIA MARIA ALEGRIA MOSQUERA	1.114.832.893	Compañera Permanente
2.	ALISON DAHIANA HERNANDEZ ALEGRIA	IUP. 1.114.550.974	Hija
3.	LIMY CHAMORRO MENDEZ	66.659.223	Madre
4.	KEVIN ARBEY ARAUJO CHAMORRO	1.125.251.683	Hermano
5.	URDES MAGDALENA MENDEZ DE CHAMORRO	36.870.051	Abuela
6.	ANGEL ORLANDO CHAMORRO	12.865.008	Abuelo
7.	DILIA YOLANDA CHAMORRO MENDEZ	66.654.357	Tía
8.	SANDRA ZULEIMA CHAMORRO MENDEZ	66.661.389	Tía
9.	ALLY CHAMORRO MENDEZ	80.088.002	Tío
10.	JUSED CHAMORRO MENDEZ	1.114.818.243	Tío
11.	ROBERT EDERNEY CHAMORRO MENDEZ	94.329.302	Tío
12.	DANILO ORLANDO CHAMORRO MENDEZ	6.384.483	Tío

Apoderado del demandante,

AP. Ab. RUTH ADRIANA ARGOTE PUPIALES

C.C. # 1.113.646.786

T.P.# 259.155 C.S.J.

dra.adriana951@gmail.com

Cel.- 301 336 2106

AP. sustituto Ab. GUSTAVO ENEAS RODRIGUEZ RINCON
 C.C. # 79.857.561
 T.P.# 254.459 C.S.J.
 Cel.- 301 336 2106

Demandados:

1. **TRANSPORTE LA COLINA S.A.S.** NIT. 900.725.200-3
 representada legalmente por **ARNULFO GRIMALDOS BLANCO** C.C. 7.223.916

AP. Ab. VANESSA CASTILLO VELASQUEZ
 CC. # 66.855.547
 TP. # 87.266 C.S.J.
notificaciones@vcastilloabogados.com
 Cel.- 317 796 7320

2. **HDI SEGUROS S.A.** representada NIT. 860.004.875-6
 legalmente por **JOHANNA IVETTE GARCIA PADILLA** C.C. 32.791.502
AP. Ab. Principal GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
 CC. # 19.395.114
 TP. # 39.116 C.S.J.
notificaciones@gha.com

3. **LLAMADO EN GARANTIA - HDI SEGUROS S.A.** NIT. 860.004.875-6
 representada legalmente por **LINA ELIZABETH LOPEZ ORTEGA** C.C. 34.997.517

AP. Ab. Principal GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
 CC. # 19.395.114
 TP. # 39.116 C.S.J.
notificaciones@gha.com.co

AP. Ab. Sustituta VALENTINA PEÑA RUEDA
 CC. # 1.107.096.423
 TP. # 338.247 C.S.J.
notificaciones@gha.com.co

I. DESARROLLO DE LA AUDIENCIA

- **INSTALACIÓN DE AUDIENCIA.**
- **VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA:** Se deja constancia que comparecen los apoderados judiciales de las partes demandante y demandada.
- **RECONOCIMIENTO DE PERSONERÍA:** Se **RECONOCE PERSONERÍA** al abogado sustituto de la abogada **RUTH ADRIANA ARGOTE PUPIALES** quien actúa como apoderado judicial de los aquí demandantes, quien allegó al correo institucional de este estrado judicial el día 23 de octubre de 2023, sustitución poder en favor del doctor **GUSTAVO ENEAS RODRIGUEZ RINCON**, quien se identificó con la cedula de ciudadanía No. 1.018.478.244 y titular de la T.P. No. 254.459 del C.S.J.
- **RECONOCIMIENTO DE PERSONERÍA:** Se **RECONOCE PERSONERÍA** a la abogada sustituta del abogado **GUSTAVO ALBERTO HERERRA AVILA** quien actúa como apoderado judicial de **HDI SEGUROS S.A.**, quien allegó al correo institucional de este estrado judicial el día 20 de octubre de 2023, sustitución poder en favor de la doctora **VALENTINA PEÑA RUEDA**, quien se identificó con la cedula de ciudadanía No. 1.107.096.423 y titular de la T.P. No. 338.247 del C.S.J.

- **SANEAMIENTO:** No hubo medidas de saneamiento que adoptar.
- **ETAPA DE CONCILIACIÓN:** No se propuso formula de conciliación alguna.
- **RATIFICACIÓN FIJACIÓN DEL LITIGIO:**

PRÁCTICA PROBATORIA:

DOCUMENTALES:

Se tienen como pruebas documentales de la parte demandante, las aportadas con la demanda y su reforma.

Como prueba documental de la parte demandada y llamado en garantía, las allegadas con las excepciones de mérito presentadas, y las decretadas de oficio que estaban a su cargo.

DICTAMENES PERICIALES DECRETADOS:

No se aportó el dictamen pericial decretado en favor del demandado y llamado en garantía HDI SEGUROS S.A.

INTERROGATORIO PERITOS:

- Se llamó al estrado al perito **ROMMY SCHNAIDER CANO DIAZ** con C.C. 6.625.667, quien rindió la experticia del dictamen de reconstrucción de accidente de tránsito **presentado con la demanda por el extremo procesal demandante**, quien procedió a sustentar y absolver preguntas respecto del dictamen que practicó en el presente proceso.

RECESO: Siendo las 12:22 p.m. se hizo un receso para la ingesta de los alimentos, se ordenó la reanudación de la diligencia a la 1:30 p.m.

REANUDA: Siendo las 1:35 p.m. se reanuda la diligencia, y se continua con el interrogatorio al perito **ROMMY SCHNAIDER CANO DIAZ**.

Se llamó al estrado a la perito **ANA ISABEL VALENCIA PEREZ** con C.C.1.023.869.480, quien rindió la experticia del dictamen de reconstrucción de accidente de tránsito **presentado en término por el extremo procesal demandado TRANSPORTE LA COLINA S.A.S.**, desestimando el despacho la sustentación del dictamen, teniendo en cuenta que el mismo no cumplía con las previsiones establecidas en el artículo 226 del C.G.P.

Decisión que inicialmente fue apelada por la apoderada judicial de la empresa de transportes demandada quien posteriormente corrigió el disenso indicando que presentaba el recurso de reposición.

Igualmente la apoderada judicial de la parte demandante presentó recurso de reposición contra la misma decision.

El despacho decidió reponer la decision de no escuchar a la perito en la audiencia u fijo fecha y hora para escucharla.

TESTIMONIALES DECRETADAS A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE:

El apoderado judicial de la parte demandante desiste de los testimonios de **VICTOR GARCIA, ANDRES FERNANDO SEGURA, LUIS CARLOS RODRIGUEZ ORDOÑEZ.**

Se recepcionó el testimonio de la señora **ANGIE LORENA CAICEDO SINISTERRA** con C.C. 1.114.836.526.

Se recepcionó el testimonio de la señora **PAULA ANDREA ROJAS VALDIVIA.**

RECESO: Siendo las **5:51 p.m.** se hace un receso hasta el día 25 de octubre de 2023 a las 3:00 p.m.

**JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO
PALMIRA - VALLE DEL CAUCA**

Veinticinco (25) de octubre dos mil veintitrés (2023)

REANUDA: Siendo las **3:00 p.m.**, se reanuda e insala la presente diligencia.

TESTIMONIALES DECRETADAS A FAVOR DEL DEMANDADO TRANSPORTE LA COLINA S.A.S.:

Se recepcionó el testimonio del señor **HELBER ANTONIO TORRES ALDANA** con C.C. 7.227.111.

ETAPA DE CONCILIACIÓN:

La apoderada judicial de TRANSPORTE LA COLINA S.A.S pide el uso de la pañabra para manifestar al despacho una formula de arreglo que le fue informada por la aseguradora HDI SEGUROS S.A.

La apoderada judicial de HDI SEGUROS S.A. procedió a leer en voz alta y punto por punto el acuerdo conciliatorio, aceptando el apoderado judicial de los demandantes el documento en su integridad y coadyuvando la apoderada de la demandada.

En virtud de lo anterior se emitió la siguiente providencia:

(Se transcribe la parte resolutive)

"(...) Auto No. 1430

Veinticinco (25) de octubre dos mil veintitrés (2023)

Juzgado Tercero Civil del Circuito de Palmira (V)

RESUELVE

PRIMERO: APROBAR el ACUERDO CONCILIATORIO al que han llegado las partes en el presente proceso, de conformidad con el documento que ha sido leído en voz alta por la apoderada judicial de **HDI SEGUROS S.A.** (ver hora 1:45:39 video de la diligencia) y, aceptado por los apoderados de las partes intervinientes en la presente audiencia; contenido de la conciliación que se encuentra incorporado en el expediente digital en su consecutivo 58.

SEGUNDO: Disponer la **TERMINACIÓN DEL PRESENTE PROCESO POR CONCILIACIÓN** y el **ARCHIVO** del expediente, previa cancelación de su radicación.

TERCERO: SIN CONDENA EN COSTAS, por haberse conciliado la Litis.

CUARTO La presente conciliación y el acta que la contiene, **PRESTA MÉRITO EJECUTIVO Y HACE TRÁNSITO A COSA JUZGADA.**

QUINTO: Esta decisión, al ser emitida en audiencia, queda **NOTIFICADA EN ESTRADOS.**

El Juez,
CARLOS IGNACIO JALK GUERRERO (...)"

REGISTRO AUDIENCIA:

Por Secretaría elabórese el acta de la Audiencia y regístrese conforme el artículo 107 # 4; y 6 incisos 2,4, y 7 del CGP., Incorpórese al expediente digital la presente acta y el registro de la audiencia virtual.

Se da por terminada la audiencia, hoy 25 de octubre de 2023, siendo las 5:05 p.m.

Envíese la presente decisión, a los correos registrados por los apoderados de las partes en el proceso.

Presidio la audiencia, el Juez,

CARLOS IGNACIO JALK GUERRERO

VHM

Firmado Por:
Carlos Ignacio Jalk Guerrero
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 003
Palmira - Valle Del Cauca

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: 57da346b382611b7b3365820ec03ab43bd8a7707e5ac7c89818ecf570293094b

Documento generado en 26/10/2023 01:13:20 PM

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

DESISTIMIENTO POR INDEMNIZACION INTEGRAL // SPOA: 7652060001802020-00160

1 mensaje

Adriana A <dra.adriana951@gmail.com>

27 de octubre de 2023, 10:18

Para: jos santamaria04@hotmail.com, josem.garcia@fiscalia.gov.co

Señor
FISCAL 147 SECCIONAL DE PALMIRA
E. S. D.

REF.:
RADICADO : 7652060001802020-00160
DELITO : HOMICIDIO CULPOSO EN A/T
VÍCTIMAS : LYMY CHAMORRO MENDEZ Y OTROS **OCCISO**
: DAVID STEVEN HERNANDEZ CHAMORRO (Q.E.P.D)
INDICIADO : HELBER ANTONIO TORRES ALDANA
ASUNTO : DESISTIMIENTO POR INDEMNIZACIÓN INTEGRAL

Cordial saludo.

RUTH ADRIANA ARGOTE PUPIALES, actuando como apoderada de las víctimas en el referenciado proceso, por este medio me permito radicar desistimiento por indemnización integral, el cual adjunto a este mensaje electrónico con su correspondiente anexo.

Por favor acusar recibido.

Cordialmente,

RUTHS ADRIANA ARGOTE PUPIALES

2 adjuntos

 **DESISTIMIENTO FAMILIA CHAMORRO.pdf**
304K

 **59Auto1430Acta-Conciliacion-Terminacion-Archivo.pdf**
319K

Ruth Adriana Argote Pupiales

**Abogada
Universidad libre**



Señor
FISCAL 147 SECCIONAL DE PALMIRA
E. S. D.

REF.:
RADICADO : 7652060001802020-00160
DELITO : HOMICIDIO CULPOSO EN A/T
VICTIMAS : LYMY CHAMORRO MENDEZ Y OTROS
OCCISO : DAVID STEVEN HERNANDEZ CHAMORRO (Q.E.P.D)
INDICIADO : HELBER ANTONIO TORRES ALDANA
ASUNTO : DESISTIMIENTO POR INDEMNIZACION INTEGRAL

RUTH ADRIANA ARGOTE PUPIALES, mayor de edad y vecino de Palmira, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 1.113.646.786 de Palmira V. y T.P No. 259155 del C.S. de la J., como apoderado de las víctimas y conforme a las facultades a mi otorgadas por medio del presente escrito declaro en pleno juicio que **DESISTO DE LA ACCION PENAL Y CIVIL** adelantada en contra del indiciado **HELBER ANTONIO TORRES ALDANA** en calidad de conductor del vehículo de placas **SSQ-137**, los terceros responsables **HDI SEGUROS S.A Y TRANSPORTES LA COLINA SAS**. La presente solicitud de **DESISTIMIENTO**, la efectúo de manera voluntaria, libre e informada, toda vez que mis representados han sido **PLENAMENTE INDEMNIZADOS** de manera integral, por **HDI SEGUROS S.A.**, por todos los daños y perjuicios causados con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el día 27 de enero de 2020, el cual falleció su familiar **DAVID STEVEN HERNANDEZ CHAMORRO (Q.E.P.D)**.

El desistimiento total a toda acción presente y futura de toda índole, la realizo en virtud a que se ha llegado a un acuerdo de conciliación llevado a cabo en el proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual que cursa en el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Palmira bajo el radicado 2022-027, entre el tercero civil responsable **HDI SEGUROS** y las víctimas, en el cual la aseguradora accedió a reparar los perjuicios causados a mis representados y a desistir de la presente investigación.

Por lo anterior, le solicito al honorable despacho se archive definitivamente la investigación y se decrete la entrega definitiva de los rodantes involucrados.

Me sirvo adjuntar a esta solicitud el acta de conciliación, que contiene el acuerdo conciliatorio celebrado entre las partes.

Del señor Fiscal,

Ruth A. Argote P.
Ruth Adriana Argote P.
Abogada Titulada
Universidad Libre
T.P. 259155 C.S.J

RUTH ADRIANA ARGOTE PUPIALES
C.C. No. 1.113.646.786 de Palmira V.
T.P No. 259.155 del C.S. de la J.

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 ACRBAT antes de imprimirlo.



HDI SEGUROS S.A. NIT 86004875-6

1. VÍNCULO / ROL		2. DATOS GENERALES			
¿Cuál? Ninguno		Nombres y Apellidos Dilia Yolanda Chamorro Mendez			
Fecha de Expedición 25/09/1989		Lugar de Expedición El Cerrito		Tipo ID C.C.	
Fecha de Nacimiento 14/08/1970		Lugar de Nacimiento Sandona		No. de Documento 66.654.357	
		Nacionalidad Colombiana		Sexo F	

3. DATOS LABORALES			
Actividad Económica Operaria de Maquina plano indepen.		Profesión / Ocupación Operaria de Maquinaria Indep.	
Cargo Operaria de Maquina Indep.		Código CIU	

4. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE				
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> NO SE APLICA ¿Es usted una persona expuesta políticamente PEP? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> NO SE APLICA ¿Es usted PEP de Organizaciones Internacionales o Extranjero PEP? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> NO SE APLICA ¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> NO SE APLICA				
Nombres y apellidos	Tipo ID	No. de Identificación	Parentesco	Cargo o Actividad

5. DATOS FINANCIEROS - (EN PESOS)					
Ingresos Mensuales \$	1.200.000	Total Activos/Poseiones \$	10.000.000	Patrimonio \$	Ø
Egresos Mensuales \$	1.200.000	Total Pasivos/Deudas \$	10.000.000	Otros Ingresos Mensuales \$	Ø
Detalles de otros Ingresos					

6. CÓDIGO DE RESPONSABILIDADES FISCALES				
<input type="checkbox"/> 013 Gran contribuyente	<input type="checkbox"/> 033 Impuesto al consumo	<input type="checkbox"/> 048 Impuesto sobre las ventas IVA	<input type="checkbox"/> Otra	
<input type="checkbox"/> 015 Auto retenedor	<input type="checkbox"/> 047 Régimen simple de tributación	<input checked="" type="checkbox"/> 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
1.	Calle 1A No. 9-63	Colombia	Valle del Cauca	Cerrito	SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Teléfonos (Tipo Teléfonos: 1. Residencial 2. Comercial1 3. Comercial2 4. Comercial3 5. Celular 6. Fax)					
Tipo	Número 1	Tipo	Número 2	Tipo	Número 3
5	3147574574				
Correo Electrónico chamorradyolanda50@gmail.com					

8. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS DISTINTOS AL TOMADOR							
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?	
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	

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 regulen la prevención de lavado de activos para el sector asegurador.
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.): Operaria de Maquina plana Independiente.
2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma a 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.

10. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

AUTORIZO de manera permanente e irrevocable a HDI con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@hdi.com.co., y/o a cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales, para que con fines estadísticos, comerciales y de información, procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la 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 en la ley. De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y, autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados. Que he sido informado de las condiciones, las finalidades de la autorización y los derechos que le asisten al titular y responsable de la información entregada a la Aseguradora, los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Tratamiento de Datos de HDI Seguros que se encuentra publicada en <https://www.hdi.com.co/media/documents/politica-tratamiento-datos-2020.pdf>, donde pueden ser consultadas constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

11. FIRMAS

El solicitante declara que los datos suministrados en el presente formato son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo o que pueda influenciar la decisión de la compañía respecto a este formato, que conviene en aceptar una póliza y/o contrato sujeto a los términos y condiciones normales de la compañía y en pagar el monto correspondiente si hay lugar a ello. Declara además que los activos que posee y en particular los que son objeto de esta solicitud, y los ingresos y egresos generados por la actividad que desarrolla, no provienen ni tienen vínculo alguno con actividades ilícitas. Declaro que conozco las condiciones del seguro ofrecido por la Compañía y sé que están publicadas permanentemente para mi consulta, en el sitio web www.hdi.com.co o en el contrato establecido entre las partes.

Dilcia y Yolanda Chomorro Méndez
 Firma del Tomador / Asegurado / Afianzado / Beneficiario / Apoderado
 / Proveedor / Intermediario / Otra



Ciudad / Sucursal

Fecha

Hora

AM
 PM

12. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Adjunte los documentos obligatorios para el seguro solicitado

Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, etc).

Notas:

1. La Compañía podrá solicitar otros documentos de acuerdo con las políticas en el marco del conocimiento del cliente intensificado, según el producto o la clase de vínculo.
 2. Tenga presente que la compañía podría realizarle una llamada, para confirmar la información suministrada en el presente documento.
- Apoderado: En caso del que el cliente se presente a través de Apoderado debe anexar poder debidamente firmado con conocimiento en notaría.

13. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y/O ENTREVISTA

Fecha de Verificación	Hora	AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/>	Nombres completos de quien verifica / Entrevista	Cargo
			Intermediario / Área	
			Observaciones	No. de Identificación

Nota aclaratoria: en mi calidad de intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista o confirmación, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA

Persona Expuesta Políticamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifique, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona políticamente expuesta los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

Vinculados / Familiares: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas políticamente expuestas, los familiares hasta I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueros, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañera permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes). O sean asociados cercanos de una persona expuesta políticamente.

¿Aún estas esperando que te lleguen las notificaciones al buzón?

En cualquier momento puedes actualizar tus **DATOS PERSONALES** de manera práctica y segura ingresando a www.hdi.com.co o haciendo clic [aquí](#)

Líneas de Atención:

Bogotá: 601 307 83 20
 Nacional: 018000 129 728

Desde un móvil: #204
 WhatsApp: 316 824 93 39

www.hdi.com.co



Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía. Los campos con asterisco (*) no aplican para Personas Jurídicas

1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO			
PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL Chamorro	SEGUNDO APELLIDO* Mendez	NOMBRES* Dilia yolanda	
TIPO DE PERSONA Natural <input checked="" type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> C.C. <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		No. 66.654.357

2. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (ÚNICAMENTE PARA PERSONA JURÍDICA)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES*	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.E. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		No.	

1. Que los datos personales entregados a HDI Seguros S.A a través de sus formatos establecido son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo, así como los necesarios para el desarrollo de la relación existente entre las partes.

2. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.

3. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente autorización.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

4. AUTORIZACIÓN

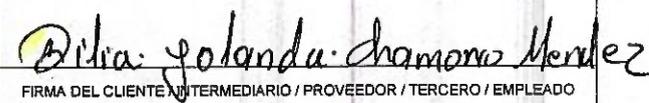
Para efectos de la presente autorización, enténdase por aseguradora a HDI Seguros S.A, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI Seguros tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales.

- I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de HDI Seguros o quien lo represente, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
- II. Que autorizo de manera permanente e irrevocable a la Aseguradora o a quien represente sus intereses, para que con fines estadísticos, comerciales y de información procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la Aseguradora o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del contrato/póliza, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular, ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
- III. Que adicionalmente autorizo a la Aseguradora para consultar y reportar datos relativos a reclamaciones e indemnizaciones (aplica exclusivamente para solicitud de seguros), al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento del tomador, asegurado, afianzado y/o beneficiario. Que he sido informado que las condiciones de la autorización entregada a la Aseguradora se encuentran publicadas en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de HDI Seguros S.A. que se encuentra en www.hdi.com.co / Atención Al Cliente/ Protección de Datos Personales, donde pueden ser consultadas constantemente.
- IV. Que HDI Seguros o quien lo represente me han informado, de manera expresa:
 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por HDI Seguros o por quien lo represente, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor.
 - b. El proceso de negociación de contratos con HDI Seguros, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
 - d. El control y la prevención del fraude.
 - e. La liquidación y pago de siniestros.
 - f. Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado.
 - g. Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
 - h. La elaboración de estudios técnico - actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora.
 - i. Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes, confirmación de datos y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por HDI Seguros y/o Intermediario de seguros y/o proveedor de servicios.
 - k. Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA).
 - l. Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
 - m. La prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo.
 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por HDI Seguros o por el encargado del tratamiento que ella considere necesario.
5. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados o divulgados para las finalidades mencionadas a:
 - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filial, subsidiaria, vinculada o de matriz de HDI Seguros.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados, entre otros.
 - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguros.
 - d. Las personas con las cuales HDI Seguros adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro.
 - e. Fascoidea, 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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:	Cali		
		Día	Mes	Año	Hora
		26	10	2023	3:40 a.m. <input type="radio"/> p.m. <input checked="" type="radio"/>

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **66.654.357**

CHAMORRO MENDEZ
APELLIDOS

DILIA YOLANDA
NOMBRES

Dilia y Chamorro cl.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1970**
SANDONA
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

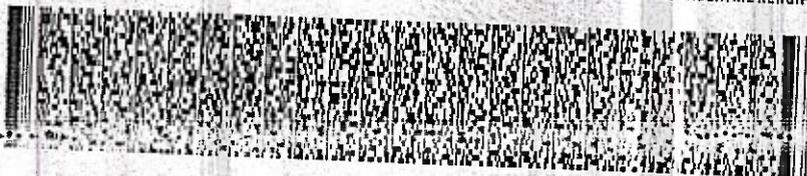
O+
G.S. RH

F
SEXO

25-SEP-1989 EL CERRITO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Abeluzo
REGISTRADORA NACIONAL
ALBA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-3104900-65152463-F-0066654357-20081206

0526306339C 02 219233081

Certificación Bancaria



Jueves, 26 de octubre de 2023

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **DILIA YOLANDA CHAMORRO MENDEZ** identificado(a) con cc. **66654357** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	066-845828-85	2012/06/20	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.

BANCOLOMBIA S.A. Entidad del orden financiero

VIGILADO por el Superintendente Financiero de Colombia


Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

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 a laica). Se recomienda diligenciar el formulario en AROBAT antes de imprimirlo.



HDI SEGUROS S.A. NIT 86000875-6

1. VINCULO / ROL 2. DATOS GENERALES

¿Cual?		Nombres y Apellidos		Tipo ID	No. de Documento
Apoderada		Ruth Adriana Argote pupiales		C.C.	1.113.646.786
Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo
30/07/2008	palmira	21/07/1990	palmira	Colombiana	F

3. DATOS LABORALES

Actividad Económica	Profesión / Ocupación	Cargo	Código CIU
Abogada Independiente	Abogada	Abogada litigante	

4. PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE

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

Nombres y apellidos	Tipo ID	No. de Identificación	Parentesco	Cargo o Actividad

5. DATOS FINANCIEROS - (EN PESOS)

Ingresos Mensuales \$	2.000.000	Total Activos/Poseiones \$	10.000.000	Patrimonio \$	Ø
Egresos Mensuales \$	2.000.000	Total Pasivos/Deudas \$	10.000.000	Otros Ingresos Mensuales \$	Ø
Detalles de otros Ingresos Ø					

6. CÓDIGO DE RESPONSABILIDADES FISCALES

013 Gran contribuyente
 033 Impuesto al consumo
 048 Impuesto sobre las ventas IVA
 Otra ¿Cuál?

015 Auto retenedor
 047 Régimen simple de tributación
 049 No responsable de IVA

7. DATOS DE CONTACTO

Direcciones (Tipo Direcciones: 1. Residencial 2. Comercial 3. Comercial 2 4. Comercial 3)

Tipo	Dirección	País	Departamento	Municipio	Correspondencia
1	Carrera 24A No. 21-40	Colombia	Valle del Cauca	palmira	SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

Teléfonos (Tipo Teléfonos: 1. Residencial 2. Comercial 3. Comercial 2 4. Comercial 3 5. Celular 6. Fax)

Tipo	Número 1	Tipo	Número 2	Tipo	Número 3	Correo Electrónico
5	3013362106					

8. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS DISTINTOS AL TOMADOR

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?
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

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 regulen la prevención de lavado de activos para el sector asegurador.

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):
Abogada Litigante
- 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.
- 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.
- 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.

10. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

AUTORIZO de manera permanente e irrevocable a HDI con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@hdi.com.co., y/o a cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales, para que con fines estadísticos, comerciales y de información, procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la 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 en la ley. De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y, autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados. Que he sido informado de las condiciones, las finalidades de la autorización y los derechos que le asisten al titular y responsable de la información entregada a la Aseguradora, los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Tratamiento de Datos de HDI Seguros que se encuentra publicada en <https://www.hdi.com.co/media/documents/politica-tratamiento-datos-2020.pdf>, donde pueden ser consultadas constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

11. FIRMAS

El solicitante declara que los datos suministrados en el presente formato son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo o que pueda influenciar la decisión de la compañía respecto a este formato, que conviene en aceptar una póliza y/o contrato sujeto a los términos y condiciones normales de la compañía y en pagar el monto correspondiente si hay lugar a ello. Declara además que los activos que posee y en particular los que son objeto de esta solicitud, y los ingresos y egresos generados por la actividad que desarrolla, no provienen ni tienen vínculo alguno con actividades ilícitas. Declaro que conozco las condiciones del seguro ofrecido por la Compañía y sé que están publicadas permanentemente para mi consulta, en el sitio web www.hdi.com.co o en el contrato establecido entre las partes.

Rafael A. Argote P
 Firma del Tomador / Asegurado / Afianzado / Beneficiario / Apoderado
 / Proveedor / Intermediario / Otra



Ciudad / Sucursal

Fecha

Hora

AM
 PM

12. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Adjunte los documentos obligatorios para el seguro solicitado

Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, etc).

Notas:

1. La Compañía podrá solicitar otros documentos de acuerdo con las políticas en el marco del conocimiento del cliente intensificado, según el producto o la clase de vínculo.
 2. Tenga presente que la compañía podría realizarle una llamada, para confirmar la información suministrada en el presente documento.
- Apoderado: En caso del que el cliente se presente a través de Apoderado debe anexar poder debidamente firmado con conocimiento en notaría.

13. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y/O ENTREVISTA

Fecha de Verificación Hora AM PM Nombres completos de quien verifica / Entrevista Cargo
 Intermediario / Área No. de Identificación

Observaciones

Nota aclaratoria: en mi calidad de intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista o confirmación, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA

Persona Expuesta Políticamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifique, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona políticamente expuesta los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.
 Vinculados / Familiares: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas políticamente expuestas, los familiares hasta II Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II Segundo grado de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañera permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes). O sean asociados cercanos de una persona expuesta políticamente.

FORMATO AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía. Los campos con asterisco (*) no aplican para Personas Jurídicas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO			
PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL Argote		SEGUNDO APELLIDO* Pupiales	NOMBRES* Ruth Adriana
TIPO DE PERSONA Natural <input checked="" type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/>		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN No. 1.113.646.786	
NIT. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>			

2. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL ÚNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES*
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			
C.E. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		No.	

- 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

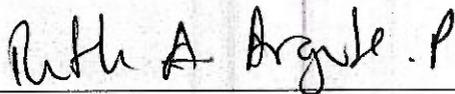
Para efectos de la presente autorización, enténdase por aseguradora a HDI Seguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI Seguros tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales.

- 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 Póliza 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.

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 suministrada 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: Cali			
		Día: 26	Mes: 10	Año: 2023	Hora: 4:00 a.m. <input type="radio"/> p.m. <input checked="" type="radio"/>

F-010-01-01 REV. JUL. 2019

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.113.646.786**

ARGOTE PUPIALES

APELLIDOS

RUTH ADRIANA

NOMBRES

Ruth A. Argote P.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1990**

PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

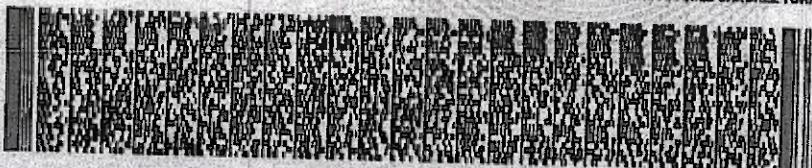
1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

30-JUL-2008 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-3107900-00154142-F-1113646786-20090407

0010841368A 1

32252685

