

 Outlook

Radicación: 251756000688 2021-00395. Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito.
ACUERDO DE CONCILIACIÓN.

Desde HAROLD ARMANDO RIVAS CACERES <rivas_harold@hotmail.com>

Fecha Jue 17/10/2024 3:52 PM

Para clara.montanez@fiscalia.gov.co <clara.montanez@fiscalia.gov.co>

 2 archivos adjuntos (637 KB)

acta de conciliacion.pdf; solicitud audiencia principio de oportunidad .pdf;

Señores.

Fiscalía General de la Nación.

Dra. Clara Adriana Montañez Hernández.

Fiscal srpa – Unidad de fiscalía para responsabilidad penal de adolescentes.

Zipaquirá Cundinamarca.

Radicación: 251756000688 2021-00395.

Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito.

HAROLD ARMANDO RIVAS CÁCERES, actuando en calidad de apoderado de víctimas dentro del proceso, por medio del presente escrito me permito radicar acta de conciliación de los perjuicios causados a mis representados, así como la coadyuvancia de audiencia de principio de oportunidad, para dar por terminado el proceso de forma anticipada.

Cordialmente.

HAROLD RIVAS.



Retransmitido: Radicación: 251756000688 2021-00395. Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito. ACUERDO DE CONCILIACIÓN.

Desde postmaster@outlook.com <postmaster@outlook.com>

Fecha Jue 17/10/2024 3:52 PM

Para clara.montanez@fiscalia.gov.co <clara.montanez@fiscalia.gov.co>

 1 archivos adjuntos (25 KB)

Radicación: 251756000688 2021-00395. Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito. ACUERDO DE CONCILIACIÓN.;

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

clara.montanez@fiscalia.gov.co (clara.montanez@fiscalia.gov.co)

Asunto: Radicación: 251756000688 2021-00395. Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito. ACUERDO DE CONCILIACIÓN.

Señores.

Fiscalía General de la Nación.

Dra. Clara Adriana Montañez Hernández.

Fiscal srpa – Unidad de fiscalía para responsabilidad penal de adolescentes.

Zipaquirá Cundinamarca.

Radicación: 251756000688 2021-00395.

Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito.

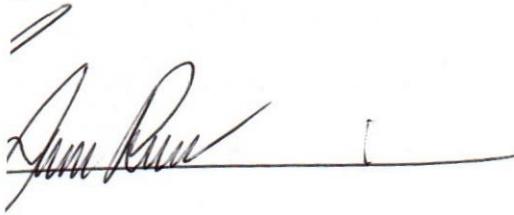
HAROLD ARMANDO RIVAS CÁCERES, actuando en calidad de apoderado de víctimas dentro del proceso de CLAUDIA ESPERANZA BRICEÑO FORERO, JUAN FELIPE ACOSTA BRICEÑO, JUAN ANTONIO ACOSTA, ADRIANA LUCIA HERNANDEZ BOHORQUEZ, DIEGO ALEJANDRO ACOSTA, BRICEÑO, YURY ALEXANDRA CAMELO BRICEÑO, YULI ANDREA CAMELO BRICEÑO, YENY PATRICIA CAMELO BRICEÑO, así como de JOSE CLEMENTE TOBA VARGAS, MARY LUZ NIEVES BRICEÑO, MARIA YOBANA TOBA BRICEÑO, SANDRA MILENA TOBA BRICEÑO, FLOR ELISA TOBA BRICEÑO, JULIAN TOBA MORENO menor de edad representado por su madre ERIKA ALEJANDRA MORENO RAMIREZ, familiares de los dos fallecidos JHON FREDY ACOSTA BRICEÑO ((Q.D.E.P.) y EDGAR JOSE TOBA BRICEÑO (Q.D.E.P.).

Por medio del presente escrito me permito manifestar que llegamos un acuerdo de indemnización integral por los perjuicios causados a mis representados ante el juzgado cincuenta y ocho civil del circuito de la ciudad de Bogotá. Por la suma de (\$450.000.000) Cuatrocientos cincuenta millones de pesos, razón por la cual me permito adjuntar el acta del acuerdo.

Así las cosas, si su despacho a bien lo tiene, de solicitar audiencia de principio de oportunidad para dar por terminado el proceso,

icipada, manifestando que coadyúbanos dicha
estar resarcidos los perjuicios causados.

nera estaremos prestos para ampliar cualquier
adicional, que el despacho requiera.
nes que se podrán realizar a mi correo electrónico
@hotmail.com. O al número de celular 3173721507,



RAMANDO RIVAS CACERES

0.747.496

4 del C. S de la J.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO CINCUENTA Y OCHO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
Carrera 10 No. 14 - 33 Edificio Hernando Morales Molina, Piso 3 -
Tel. 601-3532666 - Ext. 71358
j58octobta@cendoj.ramajudicial.gov.co



AUDIENCIA ARTÍCULOS 372 Y 373 CGP.

Lugar y fecha: Bogotá D.C., 16 de octubre de 2024.
Hora de inicio: 9:00 AM
Hora Fin: 10:30 AM
Audiencia Virtual - Ley 2213 de 2022.

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO:

Audiencia Pública regulada en los artículos 372 y 373 del CGP dentro del Proceso Verbal - Responsabilidad Civil - **No. 11001-31-03-021-2023-00026-00** de **Claudia Esperanza Briceño y otros** en contra de **Daniel Rozo y otros**.

II. INTERVINIENTES:

- 1. Harold Armando Rivas Cáceres**, identificado con C.C No. 80.747.496 de Bogotá y T. P. 189.674, apoderado parte actora.
- 2. Harold Vinicio Barón Rodríguez**, identificado con C.C No. 19.461.787 de Bogotá y T.P. No. 46.814 del C. S. de la J. en calidad de apoderado de los demandados Daniel Rozo y Jesús Rozo.
- 3. Daisy Carolina López Romero**, identificada con C.C No. 1.085.324.490 y T. P. 345.870 del C S. de la J. como apoderada en sustitución de la compañía Allianz Seguros S.A.
- 4.-** Los demás comparecientes se registran en el control de asistencia.

III. OBJETO:

Se instaló formalmente la audiencia, se identificaron los comparecientes y acto seguido el despacho concedió el uso de la palabra al representante legal de la compañía aseguradora demandada, que en uso de ella presentó nueva una propuesta, aprobada previamente por las directivas de la compañía de seguros, por la suma de **cuatrocientos cincuenta millones de pesos (\$450,000,000)**, que la aseguradora se obliga a pagar a favor de la parte demandante en el término de 10 días hábiles

rega de los documentos que se enuncian
e de la abogada de la compañía demandada.

lo de la propuesta a la parte demandante,
aceptación, de modo que las pretensiones se
total de \$450.000.000, el pago se hará de manera
vés de cuatro transferencias, a nombre de las
que el extremo demandante designó para esos
aceptaron a viva voz en audiencia.

á así:

Veranza Briceño Forero la suma de \$150.000.000
Andra Moreno Ramírez el monto de \$75.000.000
Lieves Briceño el rubro de \$75.000.000
de la parte actora, Dr. Harold Armando Rivas
valor de \$150.000.000

memorial de *desistimiento de la denuncia* contra el
del Rozo, visto que se trata de un delito frente al
el desistimiento, la parte demandante acreditará
e la solicitud coadyuvando la preclusión de la
la terminación anticipada del proceso, por
integral de las víctimas.

tes que recibirán el pago y el apoderado actor,
e aceptan las sumas reseñadas de manera libre y
de las recibirán a través de las cuentas bancarias
en su oportunidad a la compañía aseguradora.

solicitado por las partes, el Juzgado 58 Civil del
gotá:

RESUELVE:

IMPARTIR aprobación al acuerdo conciliatorio.

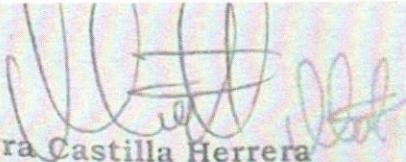
TERMINAR el proceso por conciliación.

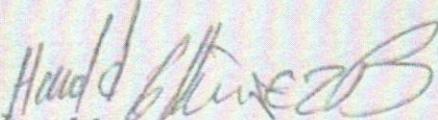
ABSTENERSE de condenar en costas.

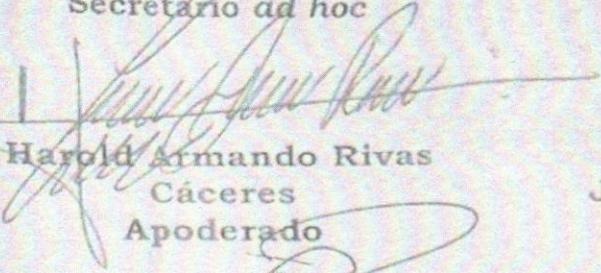
ORDENAR el levantamiento de las medidas cautelares,
secretado. **Oficiese.**

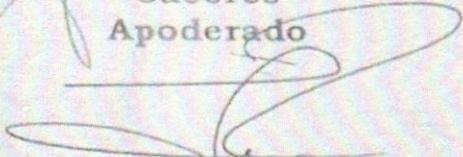
decisión en estrados. Sin observación u objeción por
abogados.

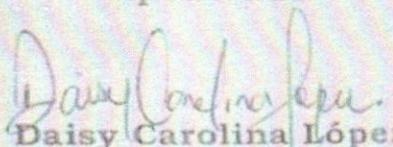
objeto de la audiencia, se da por concluida y se levanta
cuenta de lo actuado, que suscribirá la titular del
secretario *ad hoc*, los abogados y los demandantes
n presentes en la sala de audiencia, y que junto con
que la acompaña y el control de asistencia conforman
mento.

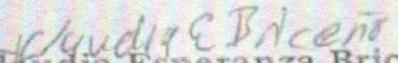

Mayra Castilla Herrera
Juez

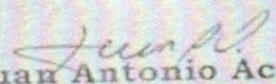

Harold Geovanny Ramirez
Bonilla
Secretario ad hoc

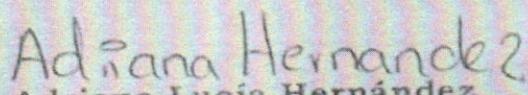

Harold Armando Rivas
Cáceres
Apoderado

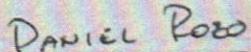

Harold Vinicio Barón
Rodríguez
Apoderado

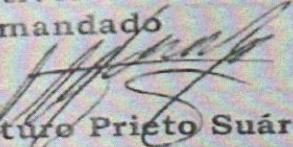

Daisy Carolina López
Romero
Apoderada

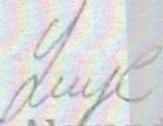

Claudia Esperanza Briceño
Forero
Demandante

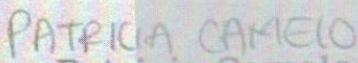

Juan Antonio Acosta
Demandante

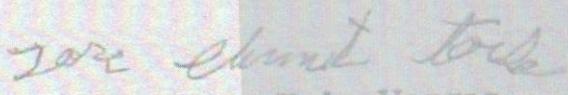

Adriana Lucía Hernández
Bohórquez
Demandante

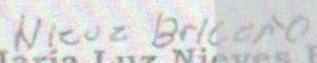

Daniel Estiven Rozo Santana
Demandado

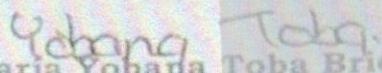

Carlos Arturo Prieto Suárez
Representante legal
Allianz Seguros S.A.
Demandada

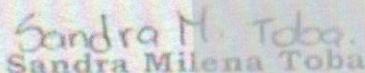

Yuri Alexandra Camelo
Briceño
Demandante


PATRICIA CAMELO
Yeny Patricia Camelo
Briceño
Demandante

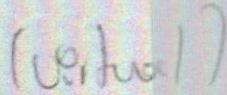

José Clemente Toba Vargas
Demandante


María Luz Nieves Briceño
Demandante


María Yohana Toba Briceño
Demandante


Sandra M. Toba
Sandra Milena Toba
Briceño
Demandante


Flor Elisa Toba Briceño
Demandante


(Virtual)
Erika Alejandra Moreno
Ramírez
Demandante

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
 80.747.496

NUMERO

RIVAS CACERES

APELLIDOS

HAROLD ARMANDO

NOMBRES

FIRMA



301107

REPUBLICA DE COLOMBIA
 RAMA JUDICIAL
 CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
 TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

189674 Tarjeta No.
 14/04/2010 Fecha de Expedición
 12/03/2010 Fecha de Grado

HAROLD ARMANDO
 RIVAS CACERES
 80747496 Cedula

CUNDINAMARCA
 Consejo Seccional

AUTONOMA DE COLOMBIA
 Universidad

Francisco Encoba Martínez
 Presidente Consejo Superior de la Judicatura



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1984

BOGOTA D.C.
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

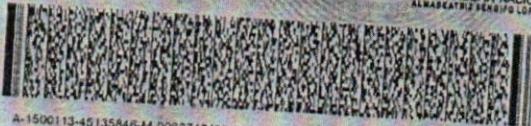
1.73 ESTATURA
 O+ G.S. RH
 M SEXO

31-JUL-2002 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADORA NACIONAL
 ALMAREATRIZ SERRANO LOPEZ

A-1500113-45135846-M-0080747496-20050914
 0214405259N 02 178801222



NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTÁ D.C.



Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros No. 424003812

El Banco AV Villas certifica que: **Harold Armando Rivas Caceres**
identificado con el documento No. 80747496, tiene en la oficina OFI PREFERENTE C.INT(424) una Cuenta de
Ahorros No. 424003812 desde el 26 de abril de 2024.

Fecha de expedición: 29/08/2024

¿Tienes preguntas? Contáctanos en la Línea Audiovillas

Bogotá: 444 1777

Medellín: 325 6000

Barranquilla: 330 4330

Cali: 885 9595

Bucaramanga: 630 2980

Resto del país: 01 8000 51 8000

Grupo
AVVAL

Autorización de pagos

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 público? SI NO
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI NO

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

Tomador

Nombre o razón social: **Harold Armando Rojas Cáceres** Nit./C.C. **80 747 496**
 Oficina principal: Dirección: **c/ll 146 # 7-59** Ciudad: **Blá** Teléfono: **3173721507**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

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.

Yo **Harold Rojas C** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **80747496** autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de **Indemnización**, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a **Indemnización** cedula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **80747496** con nacionalidad 1 **Colombiana** nacionalidad 2 **Colombiana** para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

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 el.

Código Entidad Financiera (según relación) **092** Número de Cuenta (validar según relación) **424003812** Tipo de Cuenta Corriente Ahorro

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (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 BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:
 Cheque Efectivo

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE 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 USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE 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, 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 o 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 terminada, 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 6. 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

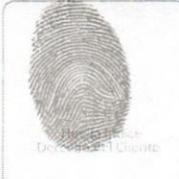
Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y 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 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 la supresión 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 ejercer 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: 018000513500 - 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

Nombre: **Harold Rojas**
 C.C. No. **80 747 496**



ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 ó 12 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 ó 12 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Cooameva	061	12 dígitos	12 ó 14 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 ó 14 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 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

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: Bta Fecha: 16 10 20 Tipo de trámite: Vinculación Actualiza

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado

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

Tomador -Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:
Tomador -Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:

Persona Natural

Primer apellido Rivas Segundo Apellido Cáceres Nombres Completos Harold Armando

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula T.I. NUIP Personas Extranjeras C. Extranjería Pasaporte Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext.

No 80.797.496 No

Fecha de expedición 31-Jul-02 No

Lugar de expedición Bta Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses. No

NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación valido y vigente en el con el cuál ingresó a Colombia.

Fecha de nacimiento 11-07-84 Lugar de nacimiento Bta Nacionalidad Colombiana Dirección de Residencia Cil 146 # 7-64 of 402.

Ciudad Bta Teléfono E-mail rivas-harold@hotmail.com Celular 3173721507

Oficio o profesión Abogado Actividad: Independiente Dependiente

Empresa donde trabaja Cargo Teléfono

Dirección comercial Ciudad

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 vinculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI NO

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

Actividad económica Código CIIU

Ingresos Mensuales (Pesos) 35'000.000 Egresos mensuales (Pesos) 15'000.000

Activos (Pesos) 1'500.000.000 Pasivos (Pesos) 300.000.000

Patrimonio (Pesos) 1'200.000.000 Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

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 CIIU

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 Alianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1 Alianz Seguros S.A. NIT. 860.026.182-5 DE COLOMBIA

VIGILADO

o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin 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 mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa en la que Cotiza.

cta o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

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"/>		

Egresos mensuales (Pesos)
Pasivos (Pesos)
Otros Ingresos (Pesos)

operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

No Sí Cuál Indique otras operaciones

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

Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros
Con las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Compañía	Causa	Valor indemnizado

de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

representación de HORACIO ZAVILA de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.); 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 COLSERAUTOS S.A., (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 Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de 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 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

en el aspecto 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 financiero, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de Colombia (BANCOS, CREDITOS Y CIFIN), a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro -INIF y a Inversiones Fasescolda en el momento en que comience mi relación con las Compañías.

El 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 el cliente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo confidencial y se destina para las siguientes finalidades:

1) Evaluar el 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 de. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Sí No

2) Enviar 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 productos. La Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier actividad anteriormente mencionadas. Sí No

3) Utilizar los datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Sí No

4) Solicitar la supresión de sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización para la supresión de 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 atiende en debida forma sus reclamos. 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 - 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.com.co

5) Declarar clara 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 y 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 proporcionar el producto o servicio lo amerite.

6) Declarar información sobre las características de los productos, las tarifas o precios y la forma para solicitar el producto que solicito.

7) Declarar anticipada a la celebración del contrato, el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las condiciones de la póliza.

8) Declarar que los datos ciertos, que la información que adjunto es de naturaleza natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y se obliga a proporcionar el producto o servicio lo amerite 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 manuscrita]
Firma del cliente o apoderado



CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
Lugar (Especifique):	Fecha: Día Mes Año Hora
Fecha: Día Mes Año Hora	Observaciones
Observaciones	Nombre de la persona que la realiza y cargo:
Nombre de la persona que la realiza y cargo:	Firma:
Firma:	
Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.072.705.641**
MORENO RAMIREZ
 APELLIDOS
ERIKA ALEJANDRA
 NOMBRES
Erika Moreno Ramirez
 FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **17-MAR-1995**
SUPIA
 (CALDAS)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 **O+** **F**
 ESTATURA G.S. RH SEXO
24-ABR-2013 CHIA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1505500-00454458-F-1072705641-20130812 0034327323A 1 39979126

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 auditadas de los últimos 2 años.

Ciudad: **Yumbo** Fecha: ^{DIA} 16 ^{MES} 10 ^{AÑO} 2024 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	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:

Persona Natural

Primer apellido: **Moreno** Segundo Apellido: **Ramirez** Nombres Completos: **Erina alejandro**

Documento de Identidad

Personas Nacionales: Cédula T.J. NUIP Personas Extranjeras: C. Extranjería Pasaporte Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext.

No: **1.072.705.641** Fecha de expedición: **24.04.2013** Lugar de expedición: **Chia**

Fecha de nacimiento: **17.03.1995** Nacionalidad: **colombiana** Dirección de Residencia: **calle 13c # 13-47**

Ciudad: **Yumbo valle** Teléfono: **5108499918** E-mail: **erina.moreno.ramirez@total.com**

Ocupación o profesión: **independiente.** Actividad: Independiente Dependiente

Empresa donde trabaja: Dirección comercial: Ciudad: Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI NO

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO

Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI NO

Actividad económica: Código CIU: Ingresos Mensuales (Pesos): **1.300.000** Egresos mensuales (Pesos): **200.000**

Activos (Pesos): **15.000.000** Pasivos (Pesos): **5.000.000**

Patrimonio (Pesos): **10.000.000** Otros Ingresos (Pesos):

Concepto otros ingresos:

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: Cui: 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:

Autorización de pagos

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

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

Nombre o razón social: **Erina Alejandra Moreno Ramirez** Nit. / C.C. _____
 Oficina principal: Dirección Ciudad: _____ Teléfono: _____
Tomador
 Primer apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres Completos: _____
 Tipo de documento: N° _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____

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.
 Yo **Erina Alejandra M** (identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. **1072705641**) autorizo a Allianz Seguros S.A. / Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de _____ en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ para que se la consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación.
 Cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. _____ con nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2 _____
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) **092** Número de Cuenta (validar según relación) **174877378** Tipo de Cuenta: Corriente Ahorro

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECALDO LA PRIMA.
 Bancolombia: Cheque Efectivo Tarjeta Allianz: _____
 NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
 SI LISTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE 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 C/C.
 SI LISTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE 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, 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, FASECOLDIA, 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 niño o 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 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 nivel nacional: 018000514405 - Op. 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 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, 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 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 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 ejercer 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: 3941133 - nacional: 018000513500 - 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
Erina Moreno R.
 Nombre: **Erina Alejandra M**
 C.C. No: **1072705641**

ENTIDAD	CÓDIGO	VARIABLES CUENTA	ENTIDAD	CÓDIGO	VARIABLES CUENTA
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	Sociedades Capitalina	019	10 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	020	9 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos
Sociobancaria Leontina	008	10 dígitos	Av Villas	052	9 dígitos
TIBank	009	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	Coomeva	061	12 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	Asiabella S.A.	062	12 dígitos
Banco Garandero BBVA	013	9, 13, 14 ó 16 dígitos	Finandria S.A.	063	10 dígitos
Herm bank	014	9 dígitos			

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



Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 174877378

El Banco AV Villas certifica que: **Erika Alejandra Moreno Ramirez**
identificada con el documento No. 1072705641, tiene en la oficina OFICINA YUMBO (174) una Cuenta de
Ahorros - Cuenta Móvil No. 174877378 desde el 28 de marzo de 2019.

Fecha de expedición: 16/10/2024

¿Tienes preguntas? Contáctanos en la Línea Audiovillas

Bogotá: 444 1777

Medellín: 325 6000

Barranquilla: 330 4330

Cali: 885 9595

Bucaramanga: 630 2980

Resto del país: 01 8000 51 8000

MAMA

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.493.674**
BRICEÑO FORERO

APELLIDOS
CLAUDIA ESPERANZA

NOMBRES

Claudia E Briceño F
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1973**

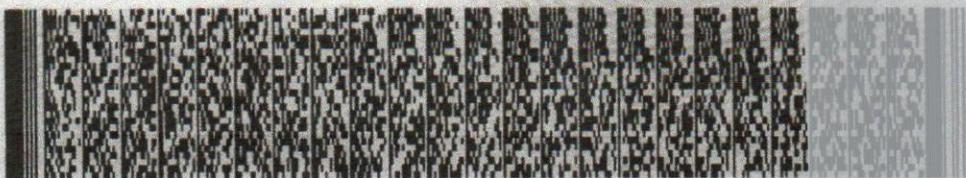
CHOCONTA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-AGO-1992 CHOCONTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos J. Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS J. SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00008201-F-0020493674-20080513 0000304061A 1 1870005999

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: Bogotá Fecha: 16 10 2024

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Aporado

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	Segundo Apellido	Nombres Completos	
<u>Briceno</u>	<u>Fotero</u>	<u>Claudia Esperanza</u>	
Documento de Identidad			
Personas Nacionales		Personas Extranjeras	
Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/>		
No <u>20-493-674</u>	No _____		
Fecha de expedición <u>28/08/1998</u>	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
Lugar de expedición <u>Chocontá</u>	No _____		
Fecha de nacimiento <u>20/11/1973</u>	Lugar de nacimiento <u>Chocontá</u>	Nacionalidad <u>Colombiana</u>	Dirección de Residencia <u>Carrera 3 # 5-84</u>
Ciudad <u>calica</u>	Teléfono _____	E-mail <u>gordisclauz@gmail.com</u>	Celular <u>3123916271</u>
Oficio o profesión <u>ama de casa</u>	Actividad: Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>		Teléfono _____
Empresa donde trabaja <u>NO</u>	Cargo <u>1</u>	Ciudad _____	
Dirección comercial _____			
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique: _____	
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Actividad económica			Código CBU _____
Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)		
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)		
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)		
Concepto otros ingresos _____			
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 CBU _____
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 - Aseguros de Vida S.A. NIT. 860.077.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT. 860.076.182-5 DE COLOMBIA VIGILADO

*Algunos 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). Esta 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)	Tipo de identificación		Número	% de participación
	Razón social o Nombres Completos			
	CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NI <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>			
	CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NI <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>			
	CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NI <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>			
	CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NI <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>			
	CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NI <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>			

Ingresos Mensuales (Pesos) _____ Egresos mensuales (Pesos) _____
 Activos (Pesos) _____ Pasivos (Pesos) _____
 Patrimonio (Pesos) _____ Otros Ingresos (Pesos) _____
 Concesión otros ingresos _____

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

Realiza transacciones en moneda extranjera Si No Cual _____ Indique otras operaciones _____
 ¿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
 Relación 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:** Obrero en nombre propio o en representación de _____ 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, oficina, actividad, negocio, etc.) _____ 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 CDUSERAUTO 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 tengo 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 CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasescolda - INVFRAS, 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 llegar a transmitir o transferir 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 contractuales 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: *765 - 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 negativas.

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.

Claudia E. Bzeuño F
 Firma del cliente o apoderado



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

Autorización de pagos

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

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

Tomador

Nombre o razón social _____ Nit. / C.C. _____
 Oficina principal: Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

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.
 Yo Claudia Briceño F (identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 20493674) autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de 150.000.000 en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. _____ con nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2 _____ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

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 confirmarlo para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación) _____ Número de Cuenta (validar según relación) 444243877 _____
 Corriente Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (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 AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Cheque Efectivo Tarjeta Allianz: _____

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
 SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE 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 USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE 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, FASECOLDIA, 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) 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 ha 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 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 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 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 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 pr 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 ejercir: 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 nacional: 018000513500 - 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

Claudia E Briceño F
 Nombre: Claudia Briceño F
 C.C. No. 20493674



ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 11
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	10 ó 11
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 11
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 ó 11
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 ó 11
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Cooemvea	061	12 dígitos	11 ó 12
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	11 ó 12
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	11 ó 12
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

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

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

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CLAUDIA ESPERANZA BRICENO FORERO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 20.493.674 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 444243877, abierta/o desde el 15/10/2024.

Se expide en Bogotá el día 16 del mes de Octubre del año 2024 con destino a: Alianza



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

MAMÁ

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20492540**

BRICEÑO
APELLIDOS

MARIA LUZ NIEVES
NOMBRES

Maria Luz Nieves Briceño

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-1967**

CHOCONTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-DIC-1985 CHOCONTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO



A-1505500-39085741-F-0020492540-20010419 1812001094A 02 077978154

CV

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:

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	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>

Persona Natural

Primer apellido **Briceño** Segundo Apellido Nombres Completos **Maria Luz Nieves**

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/> No 20492540 Fecha de expedición 09/12/1983 Lugar de expedición Chocontá	Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/> No <input type="text"/> Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.	NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país con el cual ingresó a Colombia:
--	---	---

Fecha de nacimiento **04-Dic-1967** Lugar de nacimiento **Chocontá** Nacionalidad **Colombiana** Dirección de Residencia **Chocontá (Cundinamarca)**

Ciudad **Chocontá** Teléfono E-mail **nievesbricenoz14@gmail.com** Celular **3212974233**

Oficio o profesión **amo de caso** Actividad: Independiente Dependiente

Empresa donde trabaja Cargo Teléfono

Dirección comercial Ciudad

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 considerablemente públicamente expuesta? SI NO

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

Actividad económica Código CIU

Ingresos Mensuales (Pesos) **700.000** Egresos mensuales (Pesos) **350.000**

Activos (Pesos) **15'000.000** Pasivos (Pesos) **5'000.000**

Patrimonio (Pesos) **20'000.000** Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

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

Autorización de pagos

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 público? SI NO
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI NO

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

Tomador

Nombre o razón social: Maria Luz Nieves Briceño Nit./C.C. 20492540
 Oficina principal: Dirección Ciudad: Chocontá Teléfono: 3272974233

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

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.
 Yo Nieves Briceño identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 20492540 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeude por concepto de Indemnización en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a Indemnización identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No _____ con nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2 _____ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

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 el.

Código Entidad Financiera (según relación) 001 Número de Cuenta (validar según relación) 270163447 Tipo de Cuenta Corriente Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (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 EN BENEFICIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Efectivo Tarjeta Allianz:

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE 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 USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE 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, 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 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(adescentes, 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 ha 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 6. 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 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 la 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: 018000513500 - 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

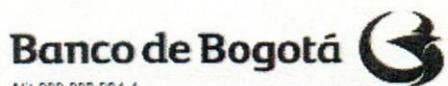
FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nieves Briceño
 Nombre: M. Luz Nieves Briceño
 C.C. No. 20492540



ENTIDAD	CODIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itáú	005	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Daviivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco CNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

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



Nit. 860.002.964.4
Calle 96 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARIA LUZ NIEVES BRICEÑO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 20.492.540 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 270163447, abierta/o desde el 31/8/2022.

Se expide en Bogotá el día 16 del mes de Octubre del año 2024 con destino a: Nieves Briceño

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO