

Señor
ALLIANZ SEGUROS S.A.
GHA ABOGADOS ASOCIADOS
E. S. D.

ASUNTO: PRESENTACION DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO

PEDRO ALBERTO BARON SEPULVEDA, mayor de edad, abogado en ejercicio de la profesión actuando como apoderado del señor **NORVEY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA**, en el proceso de responsabilidad civil extracontractual que se tramita en el juzgado 3 civil del circuito de Bogotá, con radicado 110013103003202100507000, que terminó por conciliación el día 13 de Marzo de 2024, Por medio de la presente los documentos exigidos para el pago acorde con lo exigido por ustedes:

Documentos requeridos

- Acta de audiencia
- Sarlaft diligenciado por todas las personas que van a recibir dinero
- Autorización de pagos por cada una de las personas que recibe
 - Certificación de cuenta bancaria expedición no mayor a 30 días
 - fotocopia legible de la cédula de quienes reciben el pago
 - Constancia de radicado del desistimiento de la acción penal
- Autorización en donde el señor Aristizábal acepta que parte del dinero sea girado a la cuenta del apoderado y la otra parte a la cuenta de la señora Diana Marcela Perez Forero (cuñada).

Cordialmente,



PEDRO ALBERTO BARON SEPULVEDA
C.C 13.495.448
T.P. No. 126.225

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 consideradamente 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 Barón Segundo Apellido Sepulveda Nombres Completos Pedro Alberto

Tipo de documento C.C. N° 13 495 448 Dirección Calle 41 A 66 A 95 Torre 3 Apto 502

Ciudad Bogotá Teléfono 317 6171729

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 Pedro A Barón Sepulveda identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 13 495 448 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 Indemnización, 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 confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación) 051 Número de Cuenta (validar según relación) 455000053898 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 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: 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 APAGAREN 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, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

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

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

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

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

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

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

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

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 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: Pedro A. Barón Sepulveda

C.C. No. 13 495 448

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudamerit	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.026.182-5 - Bogotá

VERSIÓN 171219-1

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

Persona Natural

Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:

Documento de Identidad

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

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Nacionalidad: Dirección de Residencia:

Ciudad: Teléfono: E-mail: Celular:

Oficio o profesión: 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 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): 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 CIU:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:

Tipo de documento: N°: Fecha de expedición: Lugar de expedición:

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Nacionalidad:

Dirección: Ciudad: Teléfono:

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

VERSIÓN 24042019

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

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

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

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

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

Realiza transacciones en moneda extranjera Si No Cuál _____ Indique otras operaciones _____

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

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

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

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

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

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____ 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.) Abogado Independiente; 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 COLSERALTO 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, o crédito o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIBN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y al Inverciones FASECOLDA - RIVERFAS, 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 recopilará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse 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 contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si No
- (ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si No

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

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

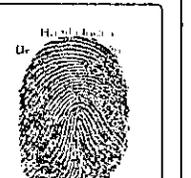
4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

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

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

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


Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA 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="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día Mes Año Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13495448**

BARON SEPULVEDA
APELLIDOS

PEDRO ALBERTO
NOMBRES

[Handwritten Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-OCT-1967**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.85
ESTATURA **O+**
G.S. RH

M
SEXO

22-ABR-1987 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500117-42096182-M-0013495448-20020402

0228602091A 02 114878422



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
J03cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co

AUDIENCIA INICIAL Art. 372 C.G. del P.

VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL No. 110013103003 2021 00507 00.
DEMANDANTE: NORBEY ALEXANDER ARISTIZABÁL AROCA
DEMANDADO: COPETTRAN LTDA - GERMAN DUCON ARAQUE - JUAN JOSE VICENTE CASTAÑEDA VARGAS

En Bogotá D.C. el trece (13) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), siendo las ocho y treinta de la mañana (8:30 a.m.), fecha y hora señalada en auto del 19 de febrero de 2024, la suscrita Juez se constituye en audiencia pública y la declara legalmente abierta, con el fin de adelantar la audiencia inicial de que trata el Art. 372 del C. G. del P.

Comparecientes:

- **Demandante:** NORBEY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA
- **Apoderado actor:** PEDRO ALBERTO BARON SEPULVEDA
- **Demandado COPETTRAN LTDA.:** Representante legal JORGE ELIECER GALLO SALCEDO
- **Demandado:** GERMAN DUCON ARAQUE
- **Demandado:** JUAN JOSE VICENTE CASTAÑEDA VARGAS
- **Apoderado del demandado:** JOHN CARMONA ESPITIA
- **Llamado en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A.:** Representante legal: JINNETH HERNANDEZ GALIDO
- **Apoderado llamado en garantía:** DAISY CAROLINA LÓPEZ ROMERO

Hora de inicio: 8: 30 a.m.

Sala Virtual – Plataforma Microsoft Teams.

DESARROLLO DE LA AUDIENCIA.

Una vez instalada la audiencia, se reconoce personería como abogada sustituta de la parte demandada y llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. a la abogada DAISY CAROLINA LÓPEZ ROMERO.

A continuación, se procede con las etapas propias de la audiencia.

1. Decisión de excepciones previas: Una vez analizado el expediente se constata que no se encuentran excepciones previas pendientes que resolver, como quiera que las mismas no fueron planteadas.

2. Conciliación: La suscrita juez ilustra a las partes sobre los beneficios y alcances de la conciliación y los insta para que conversen y se acerquen respecto de sus diferencias. Surtidas esas conversaciones las partes manifiestan que han llegado a una conciliación respecto al presente asunto y esta es puesta a consideración del

garantía ALLIANZ SEGUROS S.A de la siguiente manera.

la aseguradora ofrece para terminar este proceso, la suma de 50 millones de pesos (\$ 50.000.000), con lo que se entendería cubierta cualquier reclamación al interior de este asunto y por la vía de esa conciliación, una suma única que sería pagadera 30 días, luego de la radicación de la documentación necesaria ante la firma aseguradora Allianz seguros. Adicional y teniendo en cuenta la solicitud de la parte actora el pago de la suma de 50 millones de pesos se realizará a nombre de dos personas de la siguiente manera:

- Diana Marcela Pérez Forero: treinta millones de pesos (\$30.000.000) que serán depositados en la cuenta de ahorros 055488428268137 del banco Davivienda.
- PEDRO ALBERTO BARON SEPULVEDA: veinte millones de pesos (\$20.000.000) que serán depositados en la cuenta de ahorros 455000053898 del banco Davivienda.

El pago se realizará dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha de radicación en la Calle 69 No. 4-48 Oficina 502 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico: dclopez@gha.com, de los siguientes documentos:

1. Formularios de conocimiento del cliente debidamente diligenciados, firmados y con la huella dactilar, de los señores Diana Marcela Pérez Forero y el Dr. Pedro Alberto Barón Sepúlveda.
2. Formularios de autorización de pago debidamente diligenciados, firmados y con la huella dactilar de los señores Diana Marcela Pérez Forero y el Dr. Pedro Alberto Barón Sepúlveda.
3. Fotocopias de las cédulas de ciudadanía de los señores Diana Marcela Pérez Forero y el Dr. Pedro Alberto Barón Sepúlveda.
4. Certificación de existencia de las cuentas bancarias de los señores Diana Marcela Pérez Forero y el Dr. Pedro Alberto Barón Sepúlveda, con fecha de expedición no mayor a treinta días.
5. Escrito de desistimiento de la acción penal, debidamente firmado y con nota de presentación ante notario público por parte del demandante Norvey Aristizabal Aroca.
6. Autorización escrita, con firma y con nota de presentación ante notario público del señor Norvey Aristizabal Aroca, para que la señora Diana Marcela Pérez Forero reciba la suma de Treinta millones de pesos mcte (\$30.000.000).
7. Autorización escrita, con firma y con nota de presentación ante notario público del señor Norvey Aristizabal Aroca, para que el Dr. Pedro Alberto Barón Sepúlveda, reciba la suma de veinte millones de pesos mcte (\$20.000.000).
8. Acta de la presente audiencia.

El despacho en atención al acuerdo y la manifestación de voluntad y encontrándose todas las partes de acuerdo en admitir y en aceptar la conciliación que se pone de presente, el Despacho por considerarlo ajustado a derecho dispone:

PRIMERO: Aceptar la conciliación celebrada entre las partes de aquí.

SEGUNDO: Declarar terminado el proceso número 11001310300320210050700, promovido por NORBEY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA contra COPETLAN LTDA y otros, al interior de cual se llamó en garantía a ALLIANZ SEGUROS S.A.,

TERCERO: Ordenar el levantamiento de cualquier medida cautelar, decretada dentro de este asunto, si existiera embargo de remanentes de cualquier autoridad, pónganse los bienes a disposición de la entidad o Despacho judicial, ordenando que por secretaría se libren los oficios respectivos.

CUARTO: Sin costas para ninguna de las partes.

QUINTO: Cumplido lo anterior archívese el expediente.

Estas entonces son las decisiones que adopta el despacho en este momento.

Decisión notificada en estrados –sin reparos–.

No siendo otro el objeto de la presente diligencia se termina y se firma por la titular del despacho, a voces del art. 107 del C. G. del P.

El registro de la misma queda contenido en el expediente digital, a disposición de las partes.

La presente acta es de carácter informativo, los interesados han de estarse a lo contentivo en el archivo de la grabación de la audiencia.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Liliana Corredor Martínez', written in a cursive style. The signature is positioned above a horizontal line.

LILIANA CORREDOR MARTÍNEZ
Juez



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

18/03/2024

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **PEDRO ALBERTO BARON SEPULVEDA** con **Cédula de Ciudadanía** número **13495448**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550455000053898
Fecha de apertura	11/08/2012

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Señores
ALLIANZ SEGUROS S.A
E. S. D.

ASUNTO: AUTORIZACION
PROCESO: JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
PROCESO: 11001310300320210050700

NORBAY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1110526805 de Bogotá, en calidad de víctima directa, manifiesto que respecto de las lesiones sufridas el día 01 de agosto de 2017, en el kilómetro 102 + 100 vía Girardot – Bogotá, cuando fui impactado por el vehículo SXT377, afiliado a la COOPERATIVA SANTANDEREANA DE TRANSPORTADORES LIMITADA COPETLAN, de propiedad del señor GERMAN DUCON ARAQUE, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.835.974 de Bucaramanga, y conducido por el señor JUAN JOSE VICENTE CASTAÑEDA VARGAS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.510.435, proceso que fue conciliado ante el juzgado 3 civil del circuito de Bogotá por medio de la presente doy la siguiente AUTORIZACION:

1. AUTORIZO a la empresa ALLIANZ S.A y tal como quedo consignado en la audiencia de conciliación del día 13 de marzo de 2024, para que la suma de Veinte millones de pesos M/cte. (\$20.000.000.00) Sean transferidos a la cuenta de mi apoderado Dr. PEDRO ALBERTO BARON SEPULVEDA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 13.495.448, en la cuenta de ahorros del banco DAVIVIENDA No. 455000053898. Para pago de sus honorarios.

Cordialmente,



NORBAY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA
C.C. 1.110.526.805 de Bogotá



NOTARIA
73
BOGOTÁ

NOTARIA SETENTA Y TRES
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

ESPACIO EN BLANCO



A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name.



NOTARIA
73
BOGOTÁ

NOTARIA SETENTA Y TRES
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

ESPACIO EN BLANCO



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 79069

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el dieciocho (18) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría setenta y tres (73) del Círculo de Bogotá D.C.; compareció: NORBEY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1110526805 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

----- Firma autógrafa -----



b59b451d87

18/03/2024 09:16:53

Conforme al artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acordada la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: - Esta acta se genera a solicitud del interesado en la Dirección: carcel modelo

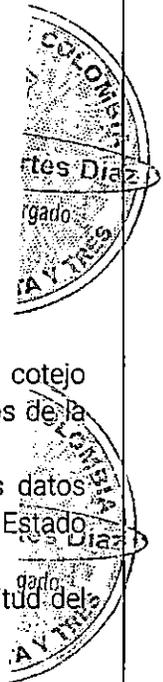


HECTOR FABIO CORTES DIAZ

Notario (73) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargado

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: b59b451d87, 18/03/2024 09:17:11



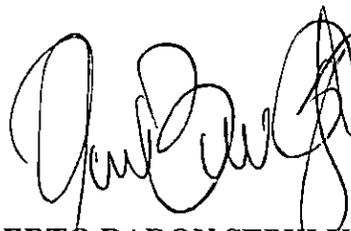
Señor
FISCALIA GENERAL DE NACION
FISCALIA PRIMERA LOCAL DELEGADA ANTE LOS JUECES PENALES
MUNICIPALES
Sibate (Cundinamarca)
E. S. D.

ASUNTO: DESISTIMIENTO
PUNIBLE: Lesiones personales Culposas
INDICIADO: JUAN JOSE VICENTE CASTAÑEDA VARGAS
RADICADO: 252906101282201780141

PEDRO ALBERTO BARON SEPULVEDA, mayor de edad, abogado en ejercicio de la profesión actuando como apoderado del señor **NORVEY AKLEXANDER ARISTIZABAL AROCA**, en el proceso de responsabilidad civil extracontractual que se tramita en el juzgado 3 civil del circuito de Bogotá, con radicado 110013103003202100507000, que terminó por conciliación el día 13 de Marzo de 2024, Por medio de la presente le informo:

1. Que hago entrega del memorial del desistimiento con presentación personal ante Notario del señor NORVEY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA, quien funge como víctima en el proceso de la referencia.
2. Por medio de la presente le solicito se surta el trámite legal respectivo.

Cordialmente,



PEDRO ALBERTO BARON SEPULVEDA
C.C 13.495.448
T.P. No. 126.225

Señor

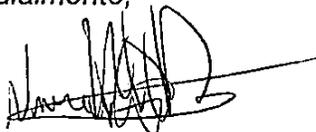
FISCALIA GENERAL DE NACION
FISCALIA PRIMERA LOCAL DELEGADA ANTE LOS JUECES PENALES
MUNICIPALES

Sibate (Cundinamarca)
E. S. D.

ASUNTO: DESISTIMIENTO
PUNIBLE: Lesiones personales Culposas
INDICIADO: JUAN JOSE VICENTE CASTAÑEDA VARGAS
RADICADO: 252906101282201780141

NORBAY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1110526805 de Bogotá, en calidad de víctima directa, manifiesto que respecto de las lesiones sufridas el día 01 de agosto de 2017, en el kilómetro 102 + 100 vía Girardot – Bogotá, cuando me encontraba acostado en una estación de servicio, fui impactado por el vehículo SXT377, afiliado a la COOPERATIVA SANTANDEREANA DE TRANSPORTADORES LIMITADA COPETLAN, de propiedad del señor GERMAN DUCON ARAQUE, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.835.974 de Bucaramanga, y conducido por el señor JUAN JOSE VICENTE CASTAÑEDA VARGAS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.510.435, por medio del presente escrito **DESISTO**, de las acciones penales y civiles que me confiere la ley para iniciar o continuar cualquier acción o querrela a causa de las lesiones que sufrí, en consideración a que se logró un acuerdo conciliatorio por la suma de **CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 50.000.000)**, suma con la cual fui indemnizado conforme a los hechos anteriormente relatados. Este desistimiento lo realizo de manera libre y voluntaria en favor del conductor, propietario, empresa afiliadora y compañía **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, del vehículo de placas **SXT377** implicado en estos hechos, renunciando a ejercer cualquier tipo de acción conforme lo estipulado en el art. 79 del C.P.P. y demás normas concordantes, solicitando el archivo definitivo de la investigación y la entrega definitiva del vehículo involucrado en los hechos.

Cordialmente,



NORBAY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA
C.C. 1.110.526.805 de Bogotá



NOTARIA
73
BOGOTÁ

NOTARIA SETENTA Y TRES
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

ESPACIO EN BLANCO



[Handwritten signature]



NOTARIA
73
BOGOTÁ

NOTARIA SETENTA Y TRES
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

ESPACIO EN BLANCO



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 79069

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el dieciocho (18) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría setenta y tres (73) del Círculo de Bogotá D.C., compareció: NORBEY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1110526805 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

----- Firma autógrafa -----



b59b451d87

18/03/2024 09:16:53



De conformidad con el Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: - Esta acta se genera a solicitud del interesado en la Dirección: carcel modelo



HECTOR FABIO CORTES DIAZ

Notario (73) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargado

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: b59b451d87, 18/03/2024 09:17:11

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 consideradamente 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: Perez Segundo Apellido: Forero Nombres Completos: Diana marcela
 Tipo de documento: cc. N°: 1030537653 Dirección: Cll 76# 35-26
 Ciudad: Bogotá D.C. Teléfono: 313 8416459

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 Diana Perez Forero identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 1030537653 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 _____ 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 confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación) 051 Número de Cuenta (validar según relación) 488428267137 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 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 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, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

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

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

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

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.
 Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

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

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 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: Diana Perez Forero
 C.C. No. 1030537653


 Nombre de la Empresa: _____

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

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

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

VERSIÓN 171219-1

Formato Único de Conocimiento del Cliente

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

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

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

Ciudad: Fecha: DÍA MES AÑO

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 **Perez** Segundo Apellido **ferero** Nombres Completos **Diana Marcela**

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I <input type="radio"/> NUJP <input type="radio"/> No 1030537657 Fecha de expedición 17/06/2005 Lugar de expedición Bogotá		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 EMISOR con el cuál ingresó a Colombia: No <input type="text"/>
---	--	---	--	---

Fecha de nacimiento BOGOTÁ	Lugar de nacimiento 12102187	Nacionalidad Colombiana	Dirección de Residencia cl 36 #33-26
Ciudad BOGOTÁ	Teléfono 3138416459	E-mail dianismarces@hotmail.com	Celular 3138416459
Oficio o profesión Auxiliar de farmacia	Actividad: Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	Empresa donde trabaja Drugocio JN	Cargo Auxiliar
Dirección comercial	Teléfono 3222496512	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 consideradamente públicamente expuesta? SI NO
 Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica Empleada	Código CIU
Ingresos Mensuales (Pesos) 1'300.000	Egresos mensuales (Pesos) 1'300.000
Activos (Pesos) 0	Pasivos (Pesos) 0
Patrimonio (Pesos) 0	Otros Ingresos (Pesos) 0
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

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

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

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

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

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

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

Realiza transacciones en moneda extranjera Si No Cuál _____ Indique otras operaciones _____

Productos financieros en el exterior

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

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

Información sobre reclamaciones en seguros

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

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
-----	------	----------	-------	-------------------

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

Declaraciones y Autorizaciones

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

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

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir 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 de riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, aseguradores, 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, aseguradores, 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 atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 5); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

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

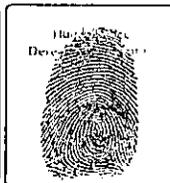
4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

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

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

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

[Firma manuscrita]
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):	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora _____ Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día Mes Año Hora _____ Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: _____
Nombre/Razón Social: _____ Clave No./ Cargo del funcionario: _____		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.030.537.657**

PEREZ FORERO

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Marcela Perez Forero

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-1987**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

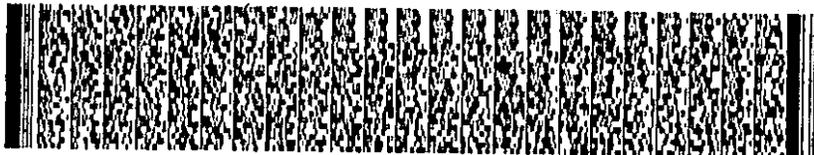
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 **O+**
ESTATURA G.S. RH

F
SEXO

17-JUN-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00860555-F-1030537657-20161031

0052038162A 1

7724158754



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

13/03/2024

Por medio de la presente hacemos constar que la señora DIANA MARCELA PEREZ FORERO con Cédula de Ciudadanía número 1030537657

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488428268137
Fecha de apertura	09/03/2022

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
J03cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co

AUDIENCIA INICIAL Art. 372 C.G. del P.

VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL No. 110013103003 2021 00507 00.
DEMANDANTE: NORBEY ALEXANDER ARISTIZABÁL AROCA
DEMANDADO: COPETTRAN LTDA - GERMAN DUCON ARAQUE - JUAN JOSE VICENTE CASTAÑEDA VARGAS

En Bogotá D.C. el trece (13) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), siendo las ocho y treinta de la mañana (8:30 a.m.), fecha y hora señalada en auto del 19 de febrero de 2024, la suscrita Juez se constituye en audiencia pública y la declara legalmente abierta, con el fin de adelantar la audiencia inicial de que trata el Art. 372 del C. G. del P.

Comparecientes:

- **Demandante:** NORBEY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA
- **Apoderado actor:** PEDRO ALBERTO BARON SEPULVEDA
- **Demandado COPETTRAN LTDA.:** Representante legal JORGE ELIECER GALLO SALCEDO
- **Demandado:** GERMAN DUCON ARAQUE
- **Demandado:** JUAN JOSE VICENTE CASTAÑEDA VARGAS
- **Apoderado del demandado:** JOHN CARMONA ESPITIA
- **Llamado en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A.:** Representante legal: JINNETH HERNANDEZ GALIDO
- **Apoderado llamado en garantía:** DAISY CAROLINA LÓPEZ ROMERO

Hora de inicio: 8: 30 a.m.

Sala Virtual – Plataforma Microsoft Teams.

DESARROLLO DE LA AUDIENCIA.

Una vez instalada la audiencia, se reconoce personería como abogada sustituta de la parte demandada y llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. a la abogada DAISY CAROLINA LÓPEZ ROMERO.

A continuación, se procede con las etapas propias de la audiencia.

1. Decisión de excepciones previas: Una vez analizado el expediente se constata que no se encuentran excepciones previas pendientes que resolver, como quiera que las mismas no fueron planteadas.

2. Conciliación: La suscrita juez ilustra a las partes sobre los beneficios y alcances de la conciliación y los insta para que conversen y se acerquen respecto de sus diferencias. Surtidas esas conversaciones las partes manifiestan que han llegado a una concertación respecto al presente asunto y esta es puesta a consideración del

garantía ALLIANZ SEGUROS S.A de la siguiente manera.

la aseguradora ofrece para terminar este proceso, la suma de 50 millones de pesos (\$ 50.000.000), con lo que se entendería cubierta cualquier reclamación al interior de este asunto y por la vía de esa conciliación, una suma única que sería pagadera 30 días, luego de la radicación de la documentación necesaria ante la firma aseguradora Allianz seguros. Adicional y teniendo en cuenta la solicitud de la parte actora el pago de la suma de 50 millones de pesos se realizará a nombre de dos personas de la siguiente manera:

- Diana Marcela Pérez Forero: treinta millones de pesos (\$30.000.000) que serán depositados en la cuenta de ahorros 055488428268137 del banco Davivienda.
- PEDRO ALBERTO BARON SEPULVEDA: veinte millones de pesos (\$20.000.000) que serán depositados en la cuenta de ahorros 455000053898 del banco Davivienda.

El pago se realizará dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha de radicación en la Calle 69 No. 4-48 Oficina 502 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico: dclopez@gha.com, de los siguientes documentos:

1. Formularios de conocimiento del cliente debidamente diligenciados, firmados y con la huella dactilar, de los señores Diana Marcela Pérez Forero y el Dr. Pedro Alberto Barón Sepúlveda.
2. Formularios de autorización de pago debidamente diligenciados, firmados y con la huella dactilar de los señores Diana Marcela Pérez Forero y el Dr. Pedro Alberto Barón Sepúlveda.
3. Fotocopias de las cédulas de ciudadanía de los señores Diana Marcela Pérez Forero y el Dr. Pedro Alberto Barón Sepúlveda.
4. Certificación de existencia de las cuentas bancarias de los señores Diana Marcela Pérez Forero y el Dr. Pedro Alberto Barón Sepúlveda, con fecha de expedición no mayor a treinta días.
5. Escrito de desistimiento de la acción penal, debidamente firmado y con nota de presentación ante notario público por parte del demandante Norvey Aristizabal Aroca.
6. Autorización escrita, con firma y con nota de presentación ante notario público del señor Norvey Aristizabal Aroca, para que la señora Diana Marcela Pérez Forero reciba la suma de Treinta millones de pesos mcte (\$30.000.000).
7. Autorización escrita, con firma y con nota de presentación ante notario público del señor Norvey Aristizabal Aroca, para que el Dr. Pedro Alberto Barón Sepúlveda, reciba la suma de veinte millones de pesos mcte (\$20.000.000).
8. Acta de la presente audiencia.

El despacho en atención al acuerdo y la manifestación de voluntad y encontrándose todas las partes de acuerdo en admitir y en aceptar la conciliación que se pone de presente, el Despacho por considerarlo ajustado a derecho dispone:

PRIMERO: Aceptar la conciliación celebrada entre las partes de aquí.

SEGUNDO: Declarar terminado el proceso número 11001310300320210050700, promovido por NORBEY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA contra COPETLAN LTDA y otros, al interior de cual se llamó en garantía a ALLIANZ SEGUROS S.A., conciliación que se celebró el día...

TERCERO: Ordenar el levantamiento de cualquier medida cautelar, decretada dentro de este asunto, si existiera embargo de remanentes de cualquier autoridad, pónganse los bienes a disposición de la entidad o Despacho judicial, ordenando que por secretaria se libren los oficios respectivos.

CUARTO: Sin costas para ninguna de las partes.

QUINTO: Cumplido lo anterior archívese el expediente.

Estas entonces son las decisiones que adopta el despacho en este momento.

Decisión notificada en estrados –sin reparos–.

No siendo otro el objeto de la presente diligencia se termina y se firma por la titular del despacho, a voces del art. 107 del C. G. del P.

El registro de la misma queda contenido en el expediente digital, a disposición de las partes.

La presente acta es de carácter informativo, los interesados han de estarse a lo contenido en el archivo de la grabación de la audiencia.

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters. The signature is positioned above a horizontal line.

LILIANA CORREDOR MARTÍNEZ
Juez

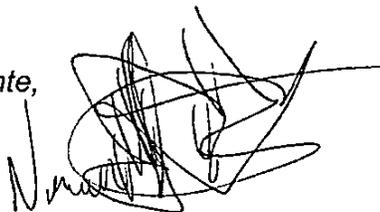
Señores
ALLIANZ SEGUROS S.A
E. S. D.

ASUNTO: AUTORIZACION
PROCESO: JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
PROCESO: 11001310300320210050700

NORBEY ALEXANDER ARISTIZÁBAL AROCA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1110526805 de Bogotá, en calidad de víctima directa, manifiesto que respecto de las lesiones sufridas el día 01 de agosto de 2017, en el kilómetro 102 + 100 vía Girardot – Bogotá, cuando, fui impactado por el vehículo SXT377, afiliado a la COOPERATIVA SANTANDEREANA DE TRANSPORTADORES LIMITADA COPETTRAN, de propiedad del señor GERMAN DUCON ARAQUE, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.835.974 de Bucaramanga, y conducido por el señor JUAN JOSE VICENTE CASTAÑEDA VARGAS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.510.435, proceso que fue conciliado ante el juzgado 3 civil del circuito de Bogotá por medio de la presente doy la siguiente AUTORIZACION:

1. AUTORIZO a la empresa ALLIANZ S.A y tal como quedo consignado en la audiencia de conciliación del día 13 de marzo de 2024, para que la suma de treinta millones de pesos M/cte. (\$30.000.000.00) Sean transferidos a la cuenta de la señora DIANA MARCELA PEREZ FORERO, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1030537657, en la cuenta de ahorros del banco DAVIVIENDA No. 0550488428268137.

Cordialmente,



NORBEY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA
C.C. 1.110.526.805 de Bogotá



NOTARIA
73
BOGOTÁ

NOTARIA SETENTA Y TRES
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

ESPACIO EN BLANCO

REPUBLICA DE
Hector F. G.
Notario
NOTARIA SE



NOTARIA
73
BOGOTÁ

NOTARIA SETENTA Y TRES
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

ESPACIO EN BLANCO



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 79069

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el dieciocho (18) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría setenta y tres (73) del Círculo de Bogotá D.C., compareció: NORBEY ALEXANDER ARISTIZABAL AROCA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1110526805 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

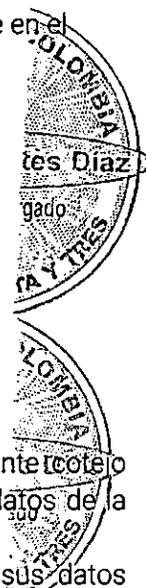


----- Firma autógrafa -----



b59b451d87

18/03/2024 09:16:53



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante código biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: - Esta acta se genera a solicitud del interesado en la Dirección: carcel modelo



HECTOR FABIO CORTES DIAZ

Notario (73) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargado

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: b59b451d87, 18/03/2024 09:17:11