

Santiago de Cali, mayo 28 de 2024

Señores:

GHA Abogados & asociados

Att. Dra. Catalina Chaparro Casas
Avenida 6ª BIS #35N-100 Oficina 212
Cali.

G. HERRERA & ASOCIADOS

28 MAY 2024

**RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACION**

REF. Contrato De Transacción su placa IHU312

Con el fin de continuar con el trámite del pago de la indemnización, me permito adjuntar los siguientes documentos:

1. Sarlaft persona natural Bertha Lucia Valencia Paredes
2. Certificación Bancaria
3. Copia cedula Bertha Lucia Valencia Paredes
4. Autorización para tratamiento de datos de Bertha Lucia Valencia Paredes
5. Formato conocimiento de cliente persona natural Bertha Lucia Valencia Paredes

Quedamos pendientes del pago por parte de la compañía.

Atentamente,


MARIA FERNANDA PATIÑO VALENCIA

Apoderada Tercero Bertha Lucia Valencia Paredes

FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTE - ORDINARIO - PERSONA NATURAL

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



VIGILADO AUTÓNOMAMENTE POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA NIT 860004875-6 HDI SEGUROS S.A.

1. VÍNCULO / ROL		2. DATOS GENERALES			
¿Cuál?		Nombres y Apellidos		Tipo ID	No. de Documento
Asegurado		BERTHA LUCIA VALENCIA PAREDES		CC	31498230
Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo
10/01/1995	LA VICTORIA	04/12/1976	CARTAGO	COLOMBIA	Femenino

3. DATOS LABORALES			
Actividad Económica	Profesión / Ocupación	Cargo	Código CIIU
Dependiente	CONTADOR PUBLICO	ANALISTA CONTABLE	

4. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (Ver Instrucción de PEP / Vinc. Lógica Familiar en el pie de página)					
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	SI ☐ NO ☐	¿Es usted una persona expuesta políticamente PEP?	SI ☐ NO ☐	¿Es usted PEP de Organizaciones Internacionales o Extranjero PEP?	SI ☐ NO ☐
¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP? Responda lo siguiente en caso de sí. SI ☐ NO ☐					

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

5. DATOS FINANCIEROS - (EN PESOS)					
Ingresos Mensuales \$	\$ 4'000'000	Total Activos/Posesiones \$	\$ 85'000'000	Patrimonio \$	\$ 85'000'000
Egresos Mensuales \$	\$ 3'400'000	Total Pasivos/Deudas \$	\$ 40'000'000	Otros Ingresos Mensuales \$	
Detalles de otros Ingresos					

6. CÓDIGO DE RESPONSABILIDADES FISCALES (De acuerdo al RUT)				
☐ 013 Gran contribuyente	☐ 033 Impuesto al consumo	☐ 048 Impuesto sobre las ventas IVA	☐ Otra	¿Cuál?
☐ 015 Auto retenedor	☐ 047 Régimen simple de tributación	☒ 049 No responsable de IVA		

7. DATOS DE CONTACTO					
Direcciones (Tipo Direcciones: 1. Residencial 2. Comercial1 3. Comercial2 4. Comercial3)					
Tipo	Dirección	País	Departamento	Municipio	Correspondencia
1. Residencial	CARRERA 101A # 42 -45 APTO G -201	COLOMBIA	VALLE	CALI	SI ☐ NO ☐
					SI ☐ NO ☐

Teléfonos (Tipo Teléfonos: 1. Residencial 2. Comercial1 3. Comercial2 4. Comercial3 5. Celular 6. Fax)					
Tipo	Número 1	Tipo	Número 2	Tipo	Número 3
5. Celular	3103817206				
					Correo Electrónico
					berluva@hotmail.com

8. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS DISTINTOS AL TOMADOR (Solo en caso de adquirir un producto de la compañía)							
De acuerdo a la clase de vinculación, si el Tomador es diferente al Asegurado, sírvase diligenciar la siguiente información							
Asegurado / Beneficiario	Nombres y Apellidos / Razón Social	Tipo ID	No. de Documento	Fecha de Expedición ID	¿Es PEP?	¿Es Oneroso?	
Beneficiario	JUAN CAMILO YIP VALENCIA	TI	1105369626	20/05/2014	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	
					SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
					SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

9. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS	
Obrando en nombre propio o en representación de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 – Estatuto Anticorrupción – y demás normas legales que regulen la prevención de lavado de activos para el sector asegurador.	

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

DE MI PROFESION COMO CONTADORA PUBLICA

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. Autorizo a la Compañía para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.

4. Me obligo con la Compañía a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan dispuestos en la compañía.

10. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

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

11. FIRMAS

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

Firma del Tomador / Asegurado / Afiliado / Beneficiario / Apoderado
Proveedor / Intermediario / Otra

Huella Índice
Derecho

Ciudad / Sucursal

Fecha

Hora

AM ☐
PM ☐

12. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Adjunte los documentos obligatorios para el seguro solicitado

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

Notas:

1. La Compañía podrá solicitar otros documentos de acuerdo con las políticas en el marco del conocimiento del cliente intensificado, según el producto o la clase de vínculo.

2. Tenga presente que la compañía podría realizarle una llamada, para confirmar la información suministrada en el presente documento.

Apoderado: En caso del que el cliente se presente a través de Apoderado debe anexar poder debidamente firmado con conocimiento en notaría.

13. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y/O ENTREVISTA

Fecha de Verificación

Hora

AM ☐
PM ☐

Nombres completos de quien verifica / Entrevista

Cargo

Intermediario / Área

No. de Identificación

Observaciones

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

FIRMA

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

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

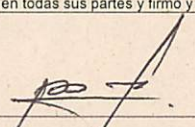


¿Aún estas
esperando que
te lleguen las
notificaciones
al buzón?

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

FORMATO AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

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

1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO											
PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL		SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES*								
VALENCIA		PAREDES	BERTHA LUCIA								
TIPO DE PERSONA		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN									
Natural ☒ Jurídica ☐		NIT. ☐ C.E. ☐ C.C. ☒ T.I. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐									
		No. 31498230									
2. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (ÚNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS)											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES*								
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN											
C.E. ☐ C.C. ☐ OTRO ☐		No.									
3. CONSIDERACIONES											
1. Que los datos personales entregados a HDI Seguros S.A. a través de sus formatos establecido son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo, así como los necesarios para el desarrollo de la relación existente entre las partes. 2. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso. 3. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente autorización.											
4. AUTORIZACIÓN											
Para efectos de la presente autorización, enténdase por aseguradora a HDI Seguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI Seguros tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales. I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de HDI Seguros o quien lo represente, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora. II. Que autorizo de manera permanente e irrevocable a la Aseguradora o a quien represente sus intereses, para que con fines estadísticos, comerciales y de información procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la Aseguradora o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del contrato/póliza, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular, ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente. III. Que adicionalmente autorizo a la Aseguradora para consultar y reportar datos relativos a reclamaciones e indemnizaciones (aplica exclusivamente para solicitud de seguros), al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento del tomador, asegurado, afianzado y/o beneficiario. Que he sido informado que las condiciones de la autorización entregada a la Aseguradora se encuentran publicadas en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de HDI Seguros S.A. que se encuentra en www.hdi.com.co / Atención Al Cliente/ Protección de Datos Personales, donde pueden ser consultadas constantemente. IV. Que HDI Seguros o quien lo represente me han informado, de manera expresa: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por HDI Seguros o por quien lo represente, para las siguientes finalidades: a. El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor. b. El proceso de negociación de contratos con HDI Seguros, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. c. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. d. El control y la prevención del fraude. e. La liquidación y pago de siniestros. f. Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. g. Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. h. La elaboración de estudios técnico – actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. i. Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes, confirmación de datos y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por HDI Seguros y/o Intermediario de seguros y/o proveedor de servicios. k. Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA). l. Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m. La prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo. 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por HDI Seguros o por el encargado del tratamiento que ella considere necesario. 3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filial, subsidiaria, vinculada o de matriz de HDI Seguros. b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados, entre otros. c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguros. d. Las personas con las cuales HDI Seguros adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. e. Fasecolda, Inverfas S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento. 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formato se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige de las mismas. 6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLE Y ENCARGADO DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es HDI Seguros, cuyos datos de contacto se encuentran explícitos en su página web www.hdi.com.co. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán los determinados por HDI Seguros S.A. V. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.											
7. FIRMAS											
Como Titular de la información o como representante del Titular previa acreditación de la representación declaro que como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo y dejo huella en el presente documento.											
 FIRMA DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO		 HUELLA ÍNDICE DERECHO	Ciudad <table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td>Hora</td> </tr> <tr> <td>21</td> <td>8</td> <td>2024</td> <td>a.m. ☐ p.m. ☐</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	Hora	21	8	2024	a.m. ☐ p.m. ☐
Día	Mes	Año	Hora								
21	8	2024	a.m. ☐ p.m. ☐								

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.498.230

VALENCIA PAREDES

APELLIDOS

BERTHA LUCIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1976

CARTAGO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O+

G.S. RH

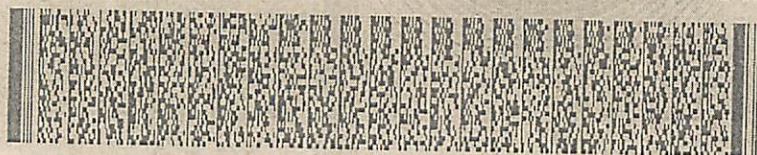
F

SEXO

10-ENE-1995 LA VICTORIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3100150-00126127-F-0031498230-20081108

0005592539A 1

2870022353

PAGOS ELECTRÓNICOS

STIC	RACIO	SIGLO	POLIZA	NOMBRE COMPLETO TERCERO	C.C.	NIT	DIRECCION	CIUDAD	TELÉFONO	CARGO ELECTRONICO	CONCEPTO DE PAGO	VALOR A PAGAR	FUNCIONARIO RESPONSABLE	OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES
-	-	-	-	BETHIA LUCIA VALENZUELA PARDESE	31 498 230	-	CRA 101 A N° 40-45 APTO G - 201 VALLE DEL LILI	CAJ	315317266	PERSONAL FOTOMAT. CMM	CONTRATACIÓN JUDICIAL	-	-	-

CONCILIACIÓN JUDICIAL