

Bogotá, junio 08, de 2024

Señor (es)
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Ciudad

Ref., Acuerdo conciliatorio de pago

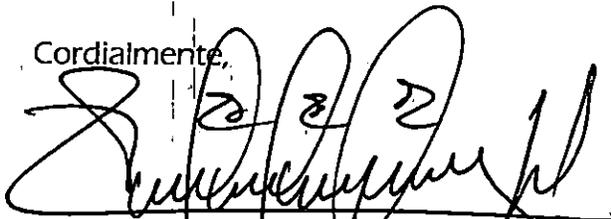
Respetados señores.

Cordial saludo. Por medio de la presente se adjunta la documentación correspondiente al acuerdo conciliatorio de pago celebrado entre las partes, a continuación, se relacionan los documentos:

Formato único de conocimiento del cliente PN
Acta de audiencia consta de dos hojas / 4 paginas
Documento de Identidad
Certificación bancaria

Agradeciendo la atención prestada

Cordialmente,



CESAR GUSTAVO PINZON HERNANDEZ

~~C.C. 79.498.404 de Bogotá~~

C.C. 310 813 69 13

ceguspih@hotmail.com

FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL



SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> SIN VÍNCULO <input type="checkbox"/>			
DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA 09 / MES 12 / AÑO 2017	LUGAR DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ	FECHA DE EXPEDICIÓN
PRIMER APELLIDO DINZON	SEGUNDO APELLIDO Hernandez	PRIMER NOMBRE CESAR	SEGUNDO NOMBRE GUSTAVO
DIRECCIÓN DOMICILIO Cra 31A 3A 02	Ciudad/Municipio BOGOTÁ	DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	NACIONALIDAD Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO Cegospin@hotmail.com	CELULAR 3108136913	TELÉFONO DOMICILIO Opcional	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO BOGOTÁ 14 / 06 / 1969	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	
CORREO FACTURA ELECTRÓNICA Cegospin@hotmail.com	TELÉFONO/CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA		
ACTIVIDAD ECONÓMICA ASALARIADO <input checked="" type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> OTRO? <input type="checkbox"/>	CODIGO CIU (*)		

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):

1. ¿Es Usted una Persona Políticamente expuesta? SI NO 2. ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI NO 3. ¿Es Usted un PEP extranjero? SI NO

4. ¿Es Usted familiar de una PEP? SI NO

En caso de diligenciar SI, por favor detalle sus relaciones:

Número de documento	Nombre Completo	Vínculo con la PEP
Número de documento	Nombre Completo	Vínculo con la PEP
Número de documento	Nombre Completo	Vínculo con la PEP

Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, 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.

Vínculo / Relación: I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueros, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

NOTA SARLAFT

De acuerdo con las Instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementó la Aseguradora; como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregarlos formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recudará en el momento de la presentación de la reclamación. Solo aplica para PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES.

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL

INGRESO MENSUAL \$ 7.000.000	OTROS INGRESOS MENSUALES \$ 0	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ 7.000.000 =	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ 4.000.000 =
TOTAL ACTIVOS \$ 100.000.000 =	INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS		TOTAL PASIVOS \$ 60.000.000 =

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS PRÉSTAMOS EN MON. EXTRANJ. PAGO DE SERVICIOS

OTRO DETALLE:

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que me suministrado en éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
- Origen de ingresos: De mi actividad económica Otros ¿Cuáles? _____

CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

Consideraciones:

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente 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.
- Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
- Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiera el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL FHC-CL-1 V.11

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) 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, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

- i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor
- ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual
- iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebra
- iv) El control y la prevención del fraude
- v) La liquidación y pago de siniestros
- vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera
- vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral
- viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora
- ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora
- x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS
- xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia
- xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo
- xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012
- xiv) Recolectar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013
- xv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA

ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadoras, call centers, investigadoras, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros

iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro

iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro

v) 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 General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. 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 v) del párrafo anterior, serán entre otros:

- a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inf.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, 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.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034106 opción 4 de información general.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 8 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

- Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:
1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
 2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado, dicha finalidad deberá incluir la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización. La autorización referida también deberá incluir la facultad de consultar al Asegurado en centrales de información, así como la autorización requerida por la Ley 2300 de 2023 en los términos indicados por LA ASEGURADORA en el título de Canales Autorizados del presente documento.
 3. Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
 4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente la haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
 5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
 6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
 7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

Parágrafo: Este acuerdo es aplicable para los Contratos de Seguro, donde el tomador es diferente al asegurado. Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. adquiere la calidad de encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien es el responsable de la información.

FIRMA Y HUELLA

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 a los 07 días del mes de junio del año 2024, en la ciudad de Bogotá.

Cesar Gustavo Pinzon H.
 NOMBRE
 FIRMA
 Tipo y N° Documento CC-39448404
 OBSERVACIÓN HUELLA

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA _____
 NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____
 RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____

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, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA _____ CARGO _____
 FIRMA DEL INTERMEDIARIO _____ CARGO _____



ACTA DE AUDIENCIA
Art. 372 del C.G.P.
Verbal

Radicado N°	11001 31 03 036 2022 00107 00
Lugar y Fecha de Audiencia	Bogotá 07 DE JUNIO de 2024
Hora de Inicio:	8:45 a.m.
Hora de Finalización:	12:34 p.m.
Sala	Teams

ETAPAS DE AUDIENCIA:

1. **PRESENTACION DE LOS ASISTENTES:** A la audiencia se hicieron presentes las personas que a continuación se relacionan:

PARTE	NOMBRE	No. IDENTIFICACION	NOTIFICACION ELECTRONICA	TELEFONO
Demandante	Cesar Gustavo Pinzón Hernández	C.C. 79.498.404	ceguspih@hotmail.com	3108136913
Apoderado Demandante	John Ricardo Arévalo Vargas	C.C. 80.155.426 T.P. 232.119	Linaresyflorian@gmail.com	3157216876
RL Aseguradora Demandado	Gustavo Alberto Herrera Ávila	C.C. 19.395.114	Notificaciones@gha.com.co	3155979080
Perito	Rosmira Medina Peña	C.C. 65.754.648	Rosmiramedina@gmail.com	3155523748
Perito	Ariel Bareño Martínez	C.C. 17.546.010	Arielbm51@gmail.com	3207992238

a. Dejó constancia de que el Doctor GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA reasumió el poder que le fue concedido por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA E.C.

2. **INTERROGATORIOS:** Se continuó con el interrogatorio del demandante, **CESAR GUSTAVO PINZÓN HERNÁNDEZ**; así como también de **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, representante de la Aseguradora convocada.

3. **DECRETO Y PRACTICA DE OTRAS PRUEBAS.**

Se aceptó el desistimiento que ambas partes, presentaron respecto de los testigos que citaron para este juicio.

En ejercicio de las facultades oficiosas, se ordenó librar oficio al Juzgado 83 Civil Municipal de Bogotá, o a quien en la actualidad conoce el asunto, para que remita con destino a este proceso, copia del proceso 11001-40-03-083-2021-01012-00.

De otro lado, se concedió al extremo demandado el término de 30 días para que aporten al expediente el dictamen pericial necesario para la contradicción del dictamen incorporado por la convocada.

Contra la última de las decisiones se presentó recurso de reposición por el extremo demandante, en tanto el convocado solicitó su adición. Tras resolverse infructuosamente la última solicitud, la aseguradora formuló recurso

de reposición. Ambos medios de impugnación se resolvieron desfavorablemente.

4. **FIJACIÓN DEL LITIGIO:** Se concedió la palabra a los asistentes para lo propio, luego de lo cual, el despacho procedió a determinar el objeto del mismo.

5. **CONVOCATORIA AUDIENCIA 373 CGP.** para el efecto se fijó el 31 de julio de 2023, a las 8:00 am.

6. **CONCILIACION:** pese a que se había dado por finalizada la audiencia, ante la solicitud elevada por el apoderado del extremo actor, se habilitó un nuevo espacio conciliatorio, cuyo **RESULTADO FUE FRUCTÍFERO**, razón por la cual, se procede a dejar constancia sobre lo allí acordado:

Las partes son concedoras de que el presente litigio tuvo como origen lograr de parte de la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda., el pago de la totalidad de los perjuicios causados a **CESAR GUSTAVO PINZÓN HERNÁNDEZ** con ocasión del incumplimiento del contrato de obra que este último suscribió el **9 de octubre de 2020** con la sociedad **DIARCO GROUP SAS** y el cual había sido garantizado por la referida aseguradora, con la expedición de la **PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES -PATRICLSUSP10V4** identificada con numero **360-45-994000009433**.

En etapa de conciliación, y luego de transcurrido un lapso prudencial de diálogo entre las partes, se concilian las pretensiones en la suma de \$28'000.000 de pesos, por lo cual asumen los compromisos que a continuación se relacionan:

a. Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. SC pagará a favor del demandante la suma de **VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS (\$28'000.000)**, cantidad que se cancelará mediante transferencia bancaria, una vez transcurran **veinte (20) días hábiles** siguientes a la radicación física en la Calle 69 # 4-48 Edificio Buro 69 - oficina 502 – de la ciudad de Bogotá y se remita al correo electrónico notificaciones@gha.com.co la constancia de recibido, de la siguiente documentación:

1. **FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL** "debidamente diligenciado por la parte demandante y el titular de la cuenta en la que se materialice la transferencia. Dicho formulario fue remitido durante la audiencia al apoderado del demandante y al estrado judicial, y fue incorporado dentro del expediente.
2. Copia del acta de conciliación.
3. Copia de la cédula de ciudadanía del demandante,
4. Certificación bancaria actualizada donde conste la clase, número y titular de la cuenta en donde habrá de materializarse la transferencia.

b. El demandante solicita que las sumas conciliadas, sean consignados en la **Cuenta de Ahorros N° 488433932685** del Banco Davivienda, cuya titularidad está en cabeza del demandante.

Tras indagarse a las partes sobre la veracidad del resumen antes indicado, ambas partes manifestaron su asentimiento y aceptación con ello.

En esa medida, **AUTO: el JUZGADO TREINTA Y SEIS CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ, RESUELVE:**

PRIMERO: Impartir **APROBACION** al acuerdo conciliatorio al que llegaron las partes.

SEGUNDO: Advertir que, dé conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 640 de 2001, la presente acta presta mérito ejecutivo y hace tránsito a cosa juzgada, por lo cual discusión posterior no podrá presentarse en torno al mismo asunto.

TERCERO: TERMINAR el presente proceso declarativo de Cesar Gustavo Pinzón Hernández contra Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda., por la **CONCILIACIÓN** celebrada por las partes.

CUARTO: Permanezcan vigentes las medidas cautelares, a la espera de que se cumpla el término indicado en el artículo 306 del CGP. Lo anterior en concordancia con lo dispuesto en el parágrafo 2 del artículo 590 del CGP, aplicable a este trámite.

QUINTO: NO CONDENAR en costas a las partes, ante el acuerdo conciliatorio al que han llegado en esta audiencia.

Sobre las anteriores decisiones quedaron las partes notificadas en estrados. Sin reparo alguno de los presentes.

Secretaría, una vez finalizada la audiencia y firmada el Acta Contentiva del Acuerdo Conciliatorio, proceda a **remítir a todas las partes aquí intervinientes y a sus apoderados judiciales** el Acta de Conciliación a fin de que pueda la parte demandante, cumplir con la remisión de los documentos que requiere para su materialización.

Se deja constancia que la audiencia quedó grabada a través del aplicativo Microsoft Teams y que la presente acta es firmada por parte de la titular del Despacho con posterioridad a su celebración.

En vista de que el referido acto judicial se evacuó a través de medios tecnológicos, para verificar la asistencia de las partes, es necesario revisar su grabación en el siguiente link:

Audiencia 372 CGP
52Rad2022 00107-20240607 084605-Grabación de la reunión.mp4

53Rad2022 00107 CONCILIACION TERMINA PROCESO.mp4

Se termina la diligencia siendo la hora de las 12:34 P.m. y el acta se firma con posterioridad a su celebración.


NATALIA ANDREA MORENO CHICUAZUQUE
Juez

Firmado Por:
Natalia Andrea Moreno Chicuazuque
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 036
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: 8288c45b065d6664180b9f6185b46f4b864580bd6ead1d5d9cfd5189bf6a4e1
Documento generado en 07/06/2024 01:14:51 PM

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



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

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

08/06/2024

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **CESAR GUSTAVO PINZON HERNANDEZ** con Cédula de Ciudadanía número **79498404**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550488433932685**
Fecha de apertura **08/09/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 79498404
 PINZON HERNANDEZ

APELLIDOS
 CESAR GUSTAVO

NOMBRES




FECHA DE NACIMIENTO: 19-JUN-1969

BOGOTA D.C.
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA O+ G.S. RH M SEXO

09-DIC-1987 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIBEL CAICHOZ TORRES

INDICE DERECHO




A-1500150-00167926-M-0079498404-20090810 0014714264A 1 1110046661