

Señores

ALLIANZ SEGUROS S.A.

La ciudad

Asunto: Aporte documentos para pago conciliación
Reclamantes: Maria Oliva Suárez de Quebrada y otros
Su asegurado: E.S.E. HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS

EDUARDO ANDRÉS RAMÍREZ ZULUAGA identificado tal y como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de apoderado especial de **MARIA OLIVA SUÁREZ DE QUEBRADA, MARIA EDIT QUEBRADA SUÁREZ, GAMADIEL QUEBRADA SUÁREZ, VILLAROEL DE JESÚS QUEBRADA SUÁREZ, MARIA OLINDER QUEBRADA SUÁREZ, MARIA NORLY QUEBRADA SUÁREZ, SORANIER QUEBRADA SUÁREZ y GILBERTO QUEBRADA BERNAL**, por medio del presente escrito, aporto los documentos necesarios para que se proceda con el pago de la conciliación realizada en el marco del proceso por el medio de control de Reparación Directa bajo el radicado 66001-33-33-002-2018-00283-00 en el Juzgado Segundo Administrativo del Circuito de Pereira. Los cuales procedo a enumerar:

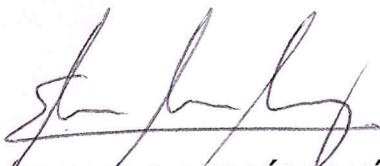
- Acta de conciliación.
- Poder otorgado por **GAMADIEL QUEBRADA SUÁREZ** a **SORANIER QUEBRADA SUÁREZ** para recibir el pago que le corresponde.
- Formulario de conocimiento al cliente, autorización de pago, certificación bancaria y copia de la cédula de ciudadanía de **SORANIER QUEBRADA SUÁREZ**.
- Poderes otorgados por **MARIA OLIVA SUÁREZ DE QUEBRADA, GILBERTO QUEBRADA BERNAL** y **MARIA OLINDER QUEBRADA SUÁREZ** a **MARIA NORLY QUEBRADA SUÁREZ** para recibir el pago que les corresponde.

- Formulario de conocimiento al cliente, autorización de pago, certificación bancaria y copia de la cédula de ciudadanía de **MARIA NORLY QUEBRADA SUÁREZ**.
- Poder otorgado por **MARIA EDIT QUEBRADA SUÁREZ** a **VILLAROEEL DE JESÚS QUEBRADA SUÁREZ** para recibir el pago que le corresponde.
- Formulario de conocimiento al cliente, autorización de pago, certificación bancaria y copia de la cédula de ciudadanía de **VILLAROEEL DE JESÚS QUEBRADA SUÁREZ**.

Los dineros de la conciliación deben ser pagados de conformidad al siguiente cuadro:

	Reclamante		Calidad	Cuenta Bancaria
1	MARIA OLIVA SUAREZ DE QUEBRADA	Apoderada	MARIA NORLY QUEBRADA SUAREZ	BANCOLOMBIA Cuenta de Ahorros No. 851-318079-16
2	GILBERTO QUEBRADA BERNAL	Apoderada	MARIA NORLY QUEBRADA SUAREZ	
3	MARIA OLINDER QUEBRADA SUÁREZ	Apoderada	MARIA NORLY QUEBRADA SUAREZ	
4	MARIA NORLY QUEBRADA SUAREZ			
5	MARIA EDIT QUEBRADA SUAREZ	Apoderado	VILLAROEEL DE JESUS QUEBRADA SUAREZ	BANCOLOMBIA Cuenta de Ahorros No. 073-817892-97
6	VILLAROEEL DE JESUS QUEBRADA			BBVA Cuenta de Ahorros No. 444131684
7	SORANIER QUEBRADA SUAREZ			
8	GAMADIEL QUEBRADA SUAREZ	Apoderada	SORANIER QUEBRADA SUAREZ	

Con todo respeto,



EDUARDO ANDRÉS RAMÍREZ ZULUAGA

C.C.9.861.200 y T.P. 172.203



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA

Trece (13) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024)

Acta No. 105

AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN (NUMERAL 2 DEL ARTÍCULO 247 DE LA LEY 1437 DE 2011)

Referencia:
Exp. Rad. 66001-33-33-002-2018-00283-00
Reparación directa
Demandante: María Olivia Suárez de Quebradas y otros
Demandado: Ese Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y otros
Llamada en garantía: Allianz Seguros SA

El Juzgado Segundo Administrativo de Pereira da apertura formal a esta audiencia virtual, el 13-09-2024, siendo las ocho y treinta minutos de la mañana (08:30 am).

INTERVINIENTES:

Juez:	Edier Enrique Arias Montoya
Ministerio Público:	Óscar Hernando Guevara Idárraga (no se hizo presente) Procurador Judicial 210 Administrativo
Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado:	No se hizo presente
Demandantes:	María Norly Quebrada Suárez (Los demás no se hicieron presentes)
Apoderada:	Eduardo Andrés Ramírez Zuluaga
Cédula de ciudadanía:	9.861.200
Tarjeta profesional:	172.203 del C.S.J.
Demandado:	ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas
Representante legal:	No se hizo presente
Apoderado:	Juan Pablo González Marín
Cédula de ciudadanía:	6.103.603
Tarjeta profesional:	136.573 del C.S.J.

JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA	Acta No.:	105 del 13/09/2024
	Página:	2 de 5

Demandado: Caja de Compensación Familiar de Risaralda
Representante legal: No se hizo presente
Apoderada: Sandra Marín Vásquez
Cédula de ciudadanía: 42.108.752
Tarjeta profesional: 110.393 del C.S.J.

Llamada en garantía: Allianz Seguros SA
Representante legal: No se hizo presente
Apoderado: Leidy Daniela Saavedra Gutiérrez
Cédula de ciudadanía: 1.007.106.388
Tarjeta profesional: 419.535 del C.S.J.

Se profirieron las siguientes decisiones:

Reconocer personería a Leidy Daniela Saavedra Gutiérrez, apoderada sustituta de Allianz Seguros SA.

Decisión notificada en **ESTRADOS**. Sin recursos.

1. ETAPA DE CONCILIACIÓN:

1.1. Allianz Seguros SA pidió la realización de esta audiencia de conciliación, por tener ánimo conciliatorio. Se otorga el uso de la palabra para que se pronuncie:

Allianz Seguros SA propone como fórmula de arreglo: Teniendo en cuenta que se condenó a la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas al pago de perjuicios morales: 10 Smmlv para cada demandante, para un total de 80 Smmlv; se propone aplicar el deducible de la póliza afectada (el 15%), de manera que Allianz Seguros asumiría un valor de \$88.400.000. Esa sería la fórmula de arreglo.

1.2. El despacho corre traslado de la fórmula, en su orden, al apoderado judicial de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y a la parte demandante.

El apoderado de la ESE Hospital Santa Mónica refiere que conforme el certificado del Comité de Conciliación y Defensa Judicial no tiene facultades para proponer fórmula de arreglo alguna. Sin embargo, si los demandantes aceptan la fórmula de Allianz Seguros SA tal como fue planteada, la ESE no se opone.

 JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA	Acta No.:	105 del 13/09/2024
	Página:	3 de 5

El apoderado de la parte actora pide un receso para tratar la propuesta con sus representados.

Se otorga un receso por 10 minutos que empieza a las 08:35 y finaliza a las 08:45 a. m.

Se reanuda la audiencia: El apoderado de la parte actora manifiesta que se acepta la propuesta de Allianz Seguros SA.

El despacho pregunta a la aseguradora sobre el término en que se realizará el pago, si el acuerdo llegare a ser eventualmente aprobado.

La apoderada manifiesta que el término para el pago sería de veinte (20) días hábiles, siguientes a la aprobación de la forma de arreglo.

El despacho otorga el uso de la palabra a la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y a Comfamiliar Risaralda.

Ambos apoderados manifiestan no tener pronunciamiento alguno.

AUTO APROBATORIO

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y la propuesta presentada por Allianz Seguros SA, procede el despacho a impartir aprobación a la conciliación en los siguientes términos:

1. Las partes tienen capacidad jurídica para disponer de sus derechos y obligarse. No se requiere certificación del Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la llamada en garantía, pues es una persona jurídica de naturaleza privada.
2. Las pretensiones objeto de conciliación son susceptibles de transacción, en tanto tienen carácter eminentemente patrimonial.
3. Con la suma acordada no se vulneran derechos ciertos, mínimos e indiscutibles de quienes demandan, ni tampoco se lesiona el patrimonio público, por cuanto el valor conciliado corresponde al valor de la condena impartida en la sentencia, y no proviene de las arcas de la ESE, sino del asegurador.

JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA	Audiencia:	Conciliación
	Acta No.:	105 del 13/09/2024
	Página:	4 de 5

Por lo expuesto, el Juzgado Segundo Administrativo de Pereira, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

Primero: Aprobar el acuerdo conciliatorio en los precisos términos indicados en esta audiencia.

Segundo: El acuerdo hace tránsito a cosa juzgada y presta mérito ejecutivo.

Tercero: Expedir las copias de conformidad con el artículo 114 del Código General del Proceso.

Cuarto: Ordenar la terminación del proceso y su archivo.

Se notifica en **ESTRADOS**. Sn recursos.

2. ANEXOS:

Se deja constancia que hará parte del acta que se levante:

A) El archivo de audio y video de la sesión, que se ubica en el siguiente enlace:

https://etbcsj-my.sharepoint.com/:v/g/personal/adm02per_cendoj_ramajudicial_gov_co/EZ9fmd_BEcFlmjVw4bTfGtIB4-81bz9NR-fbDb6NSmXenQ?e=nEOc1r

No obstante, se precisa a las partes que el video de la diligencia quedará en forma definitiva en el enlace: <https://sistemaaudiencias.ramajudicial.gov.co>, en el cual se podrá consultar con el número de radicación completo: 66001333300220180028300.

3. COPIAS:

El acta se cargará al expediente en Samai para consulta de los sujetos procesales.

 JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA	Acta No.:	105 del 13/09/2024
	Página:	5 de 5

No siendo otro el objeto de la presente audiencia se da por terminada, siendo las ocho y cuarenta y ocho minutos de la llamada (08:48 a. m.).

Edier Enrique Arias Montoya
Juez

«Este documento fue firmado electrónicamente. Usted puede consultar la providencia oficial con el número de radicación en <https://samairj.consejodeestado.gov.co>»

Señores

ALLIANZ SEGUROS S.A.

Pereira

GAMADIEL QUEBRADA SUÁREZ mayor de edad, con domicilio y residencia en el municipio de Pereira e identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio a usted con todo respeto, me permito manifestarle que confiero poder especial, amplio y suficiente a **SORANIER QUEBRADA SUÁREZ** identificada con la cédula de ciudadanía No. 25.038.343, para que en mi nombre y representación reciba el dinero que me corresponde por concepto de la conciliación alcanzada el 13 de septiembre de 2024, con **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en el marco del proceso por medio de control de reparación directa que se tramitó en el **JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA** bajo el radicado 66001-33-33-002-2018-00283-00, .

En consecuencia, sírvase realizar el pago en la cuenta bancaria que indique **SORANIER QUEBRADA SUÁREZ A** conforme lo manifestado en este mandato.

Atentamente,



GAMADIEL QUEBRADA SUÁREZ
C.C. 9.891.293

Villaroel
9892728





NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE PEREIRA

RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO Y AUTENTICACIÓN DE HUELLA

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Ante el despacho del Notario Cuarto de este Círculo compareció.

QUEBRADA SUAREZ GAMADIEL

identificado con **C.C. 9891293**

y declaró que el contenido del presente documento, que le fue leído de viva voz, es cierto y que por NO SABER () NO PODER () firmar, ruega a: QUEBRADA SUAREZ VILLAROEL DE JESUS con C.C. 9892128 que lo haga en su nombre. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.



Cod. qheyg

Pereira, 2024-09-26 15:18:49



X. Villaroel
FIRMA TESTIGO ROGADO



GONZALO GONZÁLEZ GALVIS
NOTARIO CUARTO DEL CÍRCULO DE PEREIRA



Formato Único de Conocimiento del Cliente

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

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

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

Ciudad:

Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado

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

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

Persona Natural

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/> No <input type="text" value="25.038.343"/> Fecha de expedición <input type="text" value="25.10.1988"/> Lugar de expedición <input type="text" value="Quinchía"/>	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:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 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 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 _____

*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
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

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 SORANIEK QUEBRADA S., 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, actividad, negocio, etc.) Empleada / operaria. 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 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 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 DATACRÉDITO y CFIN, 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 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 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 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 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.

Soraniek Quebrada
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: _____	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____
Nombre/Razón Social: _____		

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI NO

¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI NO

¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI NO

¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

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

Tomador			
Nombre o razón social		SORANIER QUEBRADA SAREZ	
Oficina principal: Dirección		Mz 8 casa 96 Los Lagos	
Ciudad		Dosquebradas	
Nit. /C.C.		25.038.343	
Teléfono		311 7711068	
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: <small>(Solo diligencian las personas jurídicas)</small>			
Primer apellido		Segundo Apellido	
Tipo de documento		N°	
Dirección		Ciudad	
Teléfono		Nombres Completos	

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.
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligencian el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación)	013	Número de Cuenta (validar según relación)	0444131684	Tipo de Cuenta	<input type="checkbox"/> Corriente <input checked="" type="checkbox"/> Ahorros
--------------------------------------------	-----	-------------------------------------------	------------	----------------	--------------------------------------------------------------------------------

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

Bancolombia: Tarjeta Allianz:

Cheque Efectivo

Diligencia numero y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
 SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA 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 ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA 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: 018000 513500 - 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:	Soranier Quebrada
C.C. No.	25038343

Códigos entidad financiera

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
Citibank	009	10 dígitos	10 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
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
DaviVieva	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



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente SORANIER QUEBRADA SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 25,038,343 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 444131684 aperturada el 14 de mayo de 2009 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 26 de septiembre de 2024.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0444131684
Cuenta de 16 dígitos:	0444000200131684
Cuenta de 20 dígitos:	00130444000200131684

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.038.343

QUEBRADA SUAREZ

APELLIDOS

SORANIER

NOMBRES

Soranier Quebrada Suarez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1970

QUINCHIA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

O+

F

ESTATURA

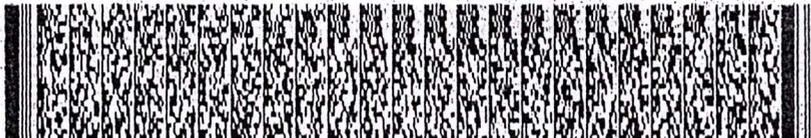
G.S. RH

SEXO

25-OCT-1988 QUINCHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2402500-00280846-F-0025038343-20110214

0025782249A 1

4900933202

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.035.492

QUEBRADA SUAREZ

APellidos

MARIA NORU

Nombre

Maria Noru Quebrada Suarez



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1960

QUINCHIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

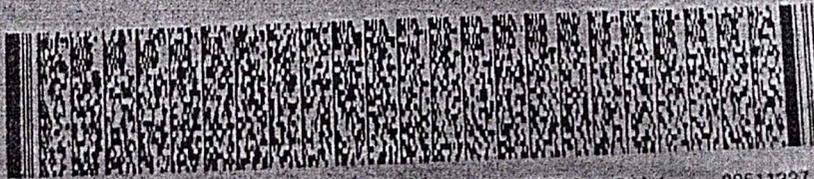
1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

26-FEB-1979 QUINCHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2402500-00158228-F-0025035492-20090601

0012019624A.1

28511327

Certificación Bancaria

Miércoles, 25 de septiembre de 2024

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **MARIA NORLI QUEBRADA SUAREZ** identificado(a) con CC. **25035492** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	851-318079-16	2022/01/29	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Estrato 100 No. 1-100

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón
Lider Area de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

Señores

ALLIANZ SEGUROS S.A.

Pereira

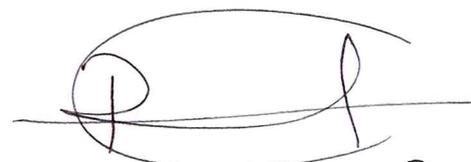
MARIA OLIVA SUÁREZ DE QUEBRADA mayor de edad, con domicilio y residencia en el municipio de Pereira e identificada como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio a usted con todo respeto, me permito manifestarle que confiero poder especial, amplio y suficiente a **MARIA NORLY QUEBRADA SUÁREZ** identificada con la cédula de ciudadanía No. 25.035.492, para que en mi nombre y representación reciba el dinero que me corresponde por concepto de la conciliación alcanzada el 13 de septiembre de 2024, con **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en el marco del proceso por medio de control de reparación directa que se tramitó en el **JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA** bajo el radicado 66001-33-33-002-2018-00283-00, .

En consecuencia, sírvase realizar el pago en la cuenta bancaria que indique **MARIA NORLY QUEBRADA SUÁREZ** conforme lo manifestado en este mandato.

Atentamente,



MARIA OLIVA SUÁREZ DE QUEBRADA
C.C. 25.033.435


42.152.108 Pereira
ROSA HERMINIA RAMÍREZ



NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE PEREIRA

RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO Y AUTENTICACIÓN DE HUELLA

Ante el despacho del Notario Cuarto de este Círculo compareció:

SUAREZ DE QUEBRADA MARIA OLIVA

identificado con **C.C. 25033435**

y declaró que el contenido del presente documento, que le fue leído de viva voz, es cierto y que por **NO SABER () NO PODER ()** firmar, ruega a: **SUAREZ DE QUEBRADA MARIA OLIVA** con C.C. 25033435 que lo haga en su nombre. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.



Cod. qgzvr

Pereira, 2024-09-26 10:30:49



X

[Handwritten signature]
FIRMA TESTIGO ROGADO



GONZALO GONZÁLEZ GALVIS
NOTARIO CUARTO DEL CÍRCULO DE PEREIRA



Señores

ALLIANZ SEGUROS S.A.

Pereira

MARIA OLINDER QUEBRADA SUÁREZ mayor de edad, con domicilio y residencia en el municipio de Pereira e identificada como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio a usted con todo respeto, me permito manifestarle que confiero poder especial, amplio y suficiente a **MARIA NORLY QUEBRADA SUÁREZ** identificada con la cédula de ciudadanía No. 25.035.492, para que en mi nombre y representación reciba el dinero que me corresponde por concepto de la conciliación alcanzada el 13 de septiembre de 2024, con **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en el marco del proceso por medio de control de reparación directa que se tramitó en el **JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA** bajo el radicado 66001-33-33-002-2018-00283-00, .

En consecuencia, sírvase realizar el pago en la cuenta bancaria que indique **MARIA NORLY QUEBRADA SUÁREZ** conforme lo manifestado en este mandato.

Atentamente,

maria olinder quebrada
MARIA OLINDER QUEBRADA SUÁREZ
C.C. 25.037.234



NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE PEREIRA

PODER ESPECIAL

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Ante el Notario Cuarto de este Círculo, compareció:

QUEBRADA SUÁREZ MARIA OLINDER

identificado con **C.C. 25037234**

y dijo que la firma puesta en el presente documento es suya y reconoce su contenido. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.

Pereira, 2024-09-26 10:35:56
ALLIANZ SEGUROS S.A.



Cod. qh087



4917-b26dd62

Olinder Quebrada
El Compareciente



GONZALO GONZÁLEZ GALVIS
NOTARIO CUARTO DEL CÍRCULO DE PEREIRA



Señores

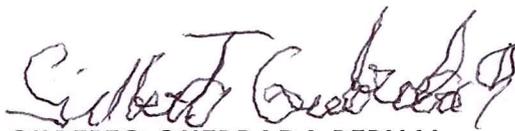
ALLIANZ SEGUROS S.A.

Pereira

GILBERTO QUEBRADA BERNAL mayor de edad, con domicilio y residencia en el municipio de Pereira e identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio a usted con todo respeto, me permito manifestarle que confiero poder especial, amplio y suficiente a **MARIA NORLY QUEBRADA SUÁREZ** identificada con la cédula de ciudadanía No. 25.035.492, para que en mi nombre y representación reciba el dinero que me corresponde por concepto de la conciliación alcanzada el 13 de septiembre de 2024, con **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en el marco del proceso por medio de control de reparación directa que se tramitó en el **JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA** bajo el radicado 66001-33-33-002-2018-00283-00, .

En consecuencia, sírvase realizar el pago en la cuenta bancaria que indique **MARIA NORLY QUEBRADA SUÁREZ** conforme lo manifestado en este mandato.

Atentamente,



GILBERTO QUEBRADA BERNAL

C.C. 4.535.634






ESPACIO EN BLANCO
Notaría Grande



Pereira
Gonzalo González Galvis

NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE PEREIRA

PODER ESPECIAL

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Pereira, 2024-09-30 17:04:49

Ante el Notario Cuarto de este Círculo, compareció:

QUEBRADA BERNAL GILBERTO identificado(a) con C.C. 4535634

Quien declaró que las firmas de este documento son suyas, el contenido del mismo es cierto y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento código qjv0a. ALLIANZ SEGUROS S.A.



QJV0A



Gilberto Bernal Quebrada

Firma Compareciente

GONZALO GONZÁLEZ GALVIS
NOTARIO CUARTO DEL CÍRCULO DE PEREIRA



NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE PEREIRA



Notaría Cuarta

ESPACIO EN BLANCO

*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
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

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 Sí No Cuál _____ Indique otras operaciones _____

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

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

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 Maria Noth Quebrada, 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, actividad, negocio, etc.) Pensionada. 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 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 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 Fasescold- 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 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. Sí 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. Sí 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. Sí 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 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.



Maria Noth Quebrada
Firma del cliente o apoderado

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

- ¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?
- ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general?
- ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?
- ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?

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

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

Tomador

Nombre o razón social **MARIA NORLI QUEBRADA SUÁREZ** Nit. /C.C. **25.035.492**

Oficina principal: Dirección **M2 A Casa 1 Lara Bonilla Frailes** Ciudad **Dosquebradas** Teléfono **3117859218**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligencian las personas jurídicas)

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Tipo de documento N° Dirección

Ciudad Teléfono

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación)	Número de Cuenta (validar según relación)	Tipo de Cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Corriente <input checked="" type="radio"/> Ahorros

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

Bancolombia: Tarjeta Allianz:

Cheque Efectivo *Diligencia numero y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)*

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA 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 ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA 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: 594 1133 – A nivel nacional: 018000 513500 - 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

Maria Norli Quebrada

Nombre: _____

C.C. No. **25035492**

Códigos entidad financiera

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
Citibank	009	10 dígitos	10 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
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

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Daviivienda	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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.035.492
QUEBRADA SUAREZ
APELLIDOS
MARIA NORLI
NOMBRES



Maria Norli Quebrada
Firma



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1960

QUINCHIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S RH

F
SEXO

26-FEB-1979 QUINCHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A.2402500-00158228-F-0025035492-20090601 0012019624A 1 28511327

Certificación Bancaria

Miércoles, 25 de septiembre de 2024

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **MARIA NORLI QUEBRADA SUAREZ** identificado(a) con CC. **25035492** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	851-318079-16	2022/01/29	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Santiago Valencia Calderón
Lider Area de Conocimiento Autoservicios

 **Bancolombia**

Señores

ALLIANZ SEGUROS S.A.

Pereira

MARIA EDIT QUEBRADA SUÁREZ mayor de edad, con domicilio y residencia en el municipio de Pereira e identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio a usted con todo respeto, me permito manifestarle que confiero poder especial, amplio y suficiente a **VILLAROEL DE JESÚS QUEBRADA SUÁREZ** identificada con la cédula de ciudadanía No. 9.892.128, para que en mi nombre y representación reciba el dinero que me corresponde por concepto de la conciliación alcanzada el 13 de septiembre de 2024, con **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en el marco del proceso por medio de control de reparación directa que se tramitó en el **JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA** bajo el radicado 66001-33-33-002-2018-00283-00, .

En consecuencia, sírvase realizar el pago en la cuenta bancaria que indique **VILLAROEL DE JESÚS QUEBRADA SUÁREZ** conforme lo manifestado en este mandato.

Atentamente,

Edd J Quebrada
MARIA EDIT QUEBRADA SUÁREZ
C.C. 25.036.297



NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE PEREIRA

PODER ESPECIAL

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Ante el Notario Cuarto de este Círculo, compareció:

QUEBRADA SUÁREZ MARIA EDDY

identificado con **C.C. 25036297**

y dijo que la firma puesta en el presente documento es suya y reconoce su contenido. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.



Cod. qh18j

Pereira, 2024-09-26 10:50:10
ALLIANZ SEGUROS S.A.

x Eddy Quebrada

El Compareciente



4817-d582b38d



GONZALO GONZÁLEZ GALVIS
NOTARIO CUARTO DEL CÍRCULO DE PEREIRA



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 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 Segundo Apellido Nombres Completos

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/> No <input type="text" value="9.892.128"/> Fecha de expedición <input type="text" value="25.06.1984"/> Lugar de expedición <input type="text" value="Quinchía"/>		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 valido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia: No <input type="text"/>
Fecha de nacimiento <input type="text" value="10.09.1984"/> Ciudad <input type="text" value="Dosquebradas"/>	Lugar de nacimiento <input type="text" value="Quinchía"/> Teléfono <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text" value="Colombiano"/> E-mail <input type="text"/>	Dirección de Residencia <input type="text" value="Barrio los Lagos MZ 8 casa 96"/> Celular <input type="text" value="3115882705"/>	
Oficio o profesión <input type="text" value="Pensionado"/>		Actividad: Independiente <input checked="" type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/>	Empresa donde trabaja <input type="text"/> Cargo <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>	
Dirección comercial <input type="text"/> Ciudad <input type="text"/>		Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>		

Actividad económica <input type="text" value="Pensionado"/>	Código CIU <input type="text" value="0020"/>
Ingresos Mensuales (Pesos) <input type="text" value="800.000"/>	Egresos mensuales (Pesos) <input type="text" value="800.000"/>
Activos (Pesos) <input type="text" value="14.000.000"/>	Pasivos (Pesos) <input type="text" value="5.000.000"/>
Patrimonio (Pesos) <input type="text" value="11.000.000"/>	Otros Ingresos (Pesos) <input type="text" value="0"/>
Concepto otros ingresos <input type="text"/>	

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 <input type="text"/>		Nit. <input type="text"/>	
Oficina principal: Dirección <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
Sucursal o agencia: Dirección <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
Tipo de empresa <input type="text"/>	Sector de la economía <input type="text"/>	Cuál <input type="text"/>	Fecha de Constitución <input type="text"/>
Actividad económica <input type="text"/>			Código CIU <input type="text"/>

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
 Comité de Supervisión Financiera - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 900.026.192-5
 Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 900.026.192-5
 Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 900.026.192-5

Origen de los socios o accionistas tener el 50% más un voto o indirecto, se debe determinar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (que tiene el más de una 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
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

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 Sí 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 VILARROEL DE JEJES QUEBRADA 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.) Pensionado; 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 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 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 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. Sí 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. Sí 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. Sí 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 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 negocialas.

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.

Villarroel Quebrada

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 RECHAZADO

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____

Observaciones _____

Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____

Firma: _____



Seguro estamos.

Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI NO

¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI NO

¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI NO

¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

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

Tomador

Nombre o razón social **VILLAROEL DE JESUS QUEBRADA SUAREZ** Nit. /C.C. **9.892.128**

Oficina principal: Dirección **M2 B casa 96 Barrio Los Lagos** Ciudad **Dosquebradas** Teléfono **311 588 21 05**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligencian las personas jurídicas)

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Tipo de documento N° Dirección

Ciudad Teléfono

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación) **007** Número de Cuenta (validar según relación) **07381789297** Tipo de Cuenta Corriente Ahorros

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

Bancolombia: Tarjeta Allianz:

Cheque Efectivo *Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)*

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA 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 ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA 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: 018000 513500 - 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

Villaruel Quebrada

Nombre: _____

C.C. No. _____

Códigos entidad financiera

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
Citibank	009	10 dígitos	10 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
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

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Davienvienda	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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 9.892.128

QUEBRADA SUAREZ

APELLIDOS

VILLARDEL DE JESUS

NOMBRES

VILLARDEL DE JESUS

FIRMA



INDICE DE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-1964
QUINCHIA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

O+

M

ESTATURA

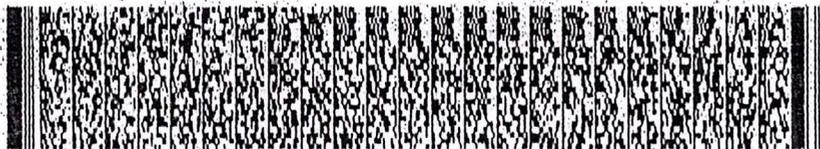
G.S. RH

SEXO

25-JUN-1984 QUINCHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA NOCIA



A-2400100-01120480-M-0009892128-20191218

0069364138A 3

4545772815

Certificación Bancaria

Jueves, 26 de septiembre de 2024

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **VILLAROEL DE JESUS QUEBRADA SUAREZ** identificado(a) con CC. **9892128** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	073-817892-97	2017/09/05	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. ESPANOLA S.R.L. B.V. U.S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón
Lider Area de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia