FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PERSONA NATURAL

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

SUSCRIPCIÓN ☐ **SINIESTROS** ☒

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL ☐ FAMILIAR ☐ COMERCIAL ☐ SIN VÍNCULO ☐

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR – ASEGURADO - BENEFICIARIO)

TIPO DE DOCUMENTO: CC ☒ CE ☐ TI ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUÁL: No. 21675180
LUGAR DE EXPEDICIÓN: Concordia
FECHA DE EXPEDICIÓN: DÍA 01 MES 01 AÑO 84
PRIMER APELLIDO: Serna
SEGUNDO APELLIDO: Acevedo
PRIMER NOMBRE: Beatriz
SEGUNDO NOMBRE: Elena
DIRECCIÓN DOMICILIO: Calle 53 #49-46 Ed. Maracaibo
CIUDAD/MUNICIPIO: Medellin
DEPARTAMENTO: Antioquia
CORREO ELECTRÓNICO: biatzelena2011@hotmail.com
CELULAR: 300-698-30-33
TELÉFONO DOMICILIO: Opcional 423-78-55
NACIONALIDAD: Colombiana
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Bello - Antioquia DÍA 09 MES 05 AÑO 1966
SEXO: M ☒
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☒ VIUDO ☐ UNION LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐
CORREO FACTURA ELECTRÓNICA: biatzelena2011@hotmail.com
TELÉFONO/CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA: 300-698-30-33
ACTIVIDAD ECONÓMICA: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ SOCIO ☐ PENSIONADO ☒ RENTISTA ☐ ¿OTRO? ☐
DETALLE:
CODIGO CIIU (*)

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

1. ¿Es Usted una Persona Politicamente 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 relacionados:

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 Politicamente (PEP): I) las personas expuestas politicamente 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 politicamente 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.
Vinculo / Relación: I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a 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 entregarles formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará 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 $ 1.300.000
OTROS INGRESOS MENSUALES $ N/A
TOTAL INGRESOS MENSUALES $ 1.300.000
TOTAL EGRESOS MENSUALES $ 1.300.000
TOTAL ACTIVOS $ 1.300.000
TOTAL PASIVOS $ 0
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS: N/A

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:

1.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.

2.La información que he 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.

3.Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.

4.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.

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

6.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:
1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
3. El alcance de los servicios de intermediación.
4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
5. 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).
6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
9. 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:
1. 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.
2. 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.
3.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.
4. 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.
5. 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 INFORMACION 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 politicas establecidas por la Compañia 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 FM-GCL-1 V.11

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 pagina 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 celebre. 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 articulo 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 derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, 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@inif.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 deseé 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 6 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 le 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 9 días del mes de febrero del año 2024, en la ciudad de Medellin.

HUELLA

Beatriz E Serna
NOMBRE

Beatriz Serna
FIRMA
Tipo y N° Documento: 21675180

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.675.180

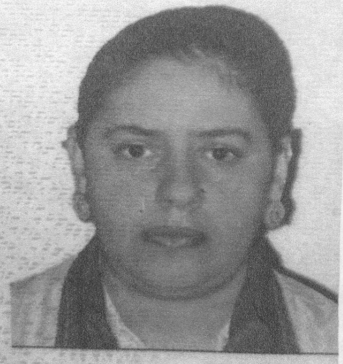
SERNA ACEVEDO

APELLIDOS

BEATRIZ ELENA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1966

BELLO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

01-OCT-1984 CONCORDIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIO
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TO

A-0100100-00132290-F-0021675180-20081129 0007161691A 2 20700144

Certificación Bancaria

Bancolombia

Viernes, 9 de febrero de 2024

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **BEATRIZ ELENA SERNA ACEVEDO** identificado(a) con cc. **21675180** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	912-119650-59	2020/07/23	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
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

Radicación:2022179077-059-000
Fecha: 2024-02-09 12:17 Sec.día641
Anexos: Sí
Trámite::506-FUNCIONES JURISDICCIONALES
Tipo doc::105-105 AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN
Remitente: 80010-80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO
Destinatario::80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

Referencia: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – ARTÍCULOS 57 y 58 DE LA LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO-.

Número de Radicación : 2022179077-059-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 105 105 AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN
Expediente : 2022-4966
Demandante : BEATRIZ ELENA SERNA ACEVEDO
Demandados : ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA
Anexos : E2
Acta de Control de Asistencia y audio

En Bogotá, a los 9 días del mes de febrero de 2024, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales se constituye en audiencia pública conforme lo dispuesto en el artículo 373 del Código General del Proceso, disponiendo la grabación de lo actuado acorde con lo dispuesto en el numeral 4º del artículo 107 de la codificación procesal en cita, registro que forma parte integral de la presente acta. **Se deja constancia que la grabación de la audiencia atendiendo el principio de publicidad de esta etapa del proceso (Num. 5º Art. 107 de CGP) tendrá la calidad de documento público, y en virtud de ello se advierte a las partes frente al manejo de sus datos personales**.

Comparecen la demandante y su apoderada judicial, así como la apoderada judicial de la aseguradora demandada con facultades para conciliar, a través del medio virtual disponible, tal y como consta en el registro de grabación.

Inicio de la audiencia – se retoma etapa de conciliación

ACUERDO CONCILIATORIO

PRIMERO: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pagará con cargo a la Póliza No. 994000000004 Certificado 0496596200 a favor de la demandante **BEATRIZ ELENA SERNA ACEVEDO** la suma única de **CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($45.000.000)**, a más tardar dentro de los 20 días hábiles siguientes al cumplimiento del numeral **TERCERO** del presente acuerdo, a la cuenta cuya certificación se allegue. **SEGUNDO: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** remitirá a más tardar el día de hoy 9 de febrero del año 2024 al correo electrónico karinarivas202201@gmail.com el formulario SARLAFT. La parte actora manifiesta

haber recibido el documento en audiencia. **TERCERO:** La señora **BEATRIZ ELENA SERNA ACEVEDO** remitirá a más tardar el día 12 febrero del año 2024, a los correos electrónicos notificaciones@gha.com.co y mcagudelo@gha.com.co, así como en físico a la dirección Calle 69 No. 4-48 Oficina 502 Edificio Buró en la ciudad de Bogotá los siguientes documentos: (i) Formulario SARLAFT debidamente diligenciado y suscrito con huella por la señora **BEATRIZ ELENA SERNA ACEVEDO**, (ii) copia de su cédula de ciudadanía por ambas caras, (iii) Certificación bancaria de la cuenta de titularidad de la señora **BEATRIZ ELENA SERNA ACEVEDO** que no sea superior a treinta (30) días calendario y (iv) copia de la presente acta de conciliación. **CUARTO:** Con el anterior acuerdo las partes manifiestan quedar a paz y a salvo derivado de cualquier reclamación realizada por la señora **BEATRIZ ELENA SERNA ACEVEDO** ante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, respecto de la Póliza 9994000000007 con certificados No. 6460933846 y No. 2470706336, así como la póliza No. 994000000004 con Certificado 0496596200, las cuales quedan terminadas.

AUTO: Visto que las partes han llegado a un acuerdo total sobre las pretensiones objeto de la acción de protección al consumidor del asunto, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales, **RESUELVE: 1) ACEPTAR** el acuerdo conciliatorio al que han llegado las partes dentro del presente proceso el cual tiene efectos de cosa juzgada y concilia en su totalidad el conflicto existente entre las partes. **2). DAR POR TERMINADO** el proceso de la referencia**. 3)** Por Secretaría, expídanse copias de esta acta con destino y a cargo de las partes, haciendo precisión que estas deben tener constancia de ejecutoria para que preste mérito ejecutivo. **4)** En este sentido, **CUMPLIDAS** las obligaciones asumidas por las partes en el presente acuerdo, dentro de los DIEZ (10) días hábiles siguientes remítase con destino al presente proceso, soporte del cumplimiento de las mismas.**5)** Cumplido lo anterior, por Secretaría, ARCHÍVESE el expediente dejando las anotaciones a que haya lugar. La anterior decisión es notificada a las partes en estrados.

Esta decisión se notifica a las partes en estrados, las cuales se identifican nuevamente en señal de aceptación del contenido del acta y, no siendo más el motivo de la presente, se termina la diligencia y se firma por el director de audiencia.

En el documento anexo a la presente acta, encontrará la grabación de la audiencia. Recuerde que **puede consultar el expediente completo de su demanda**, a través del sitio web de la Superintendencia Financiera www.superfinanciera.gov.co → menú *Consumidor Financiero → Funciones Jurisdiccionales →* ***Consulta Expediente,*** digitando su número de identificación y el número de radicación de su demanda (número de 10 dígitos), seguido del check "*No soy un robot*".

Finalmente, le reiteramos nuestro correo electrónico institucional jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co y los canales de atención:

- Centro de Contacto telefónico +57 **6013078042** de lunes a viernes 7:30 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua.

- WhatsApp +57 **3176398781**

EDUARD JAVIER MORA TELLEZ
80010-COORDINADOR DEL GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO
Copia a:

Elaboró:
EDUARD JAVIER MORA TELLEZ
Revisó y aprobó:
EDUARD JAVIER MORA TELLEZ