

Señores,

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

G. HERPERA & ASOCIADOS

09 MAY 2024

Asunto: Autorización de pago.

NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía numero 66.916.332, MARIA OFIR FERNANDEZ FLOREZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 29.219.803, KAREN ANDREA SALDARRIAGA, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 1.144.198.103, MIGUEL ANGEL TOBAR FERNANDEZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 76.322.337, ALVARO GIOVANNY TOBAR FERNANDEZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 76.322.374, PAOLA MOLENA SALCEDO FERNANDEZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 1.130.595.282, MANUEL FERNANDO SALCEDO FERNANDEZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 16.377.155, actuando en nombre propio, autorizamos a el señor LUIS WILSON SALCEDO FERNANDEZ, identificado con cedula de ciudadanía numero 94.545.122, para recibir el pago equivalente a un 65% de la suma de conciliación acordada en audiencia el pasado 17 de abril del 2024, de igual forma se autoriza el pago del 35% por concepto de honorarios al Dr. LUIS FELIPE HURTADO CATAÑO identificado con cedula de ciudadanía numero 1.143.836.087 expedida en Cali (Valle) Con tarjeta profesional numero 237908.

Cuenta autorizada LUIS WILSON SALCEDO FERNANDEZ: BANCOLOMBIA AHORROS numero 741-528273-62.

Cuenta autorizada LUIS FELIPE HURTADO CATAÑO: BANCOLOMBIA CUENTA CORRIENTE numero 75812907191

*Nury Agustina Tobar Fernandez*

NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ

CC: 66.916.332





**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARÍA SEXTA DE CALI**  
**ADOLFO LEON OLIVEROS TASCÓN**  
**AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO**  
**Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012**  
 En Cali siendo el día 2024-04-26 09:27:54  
 Comparecío ante el Notario Sexto de esta ciudad:

**FERNANDEZ MARIA OFIR**

a quien identifique con: C.C. 29219803

y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen al pie, son suyas. 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.



*Maria Ofir*  
FIRMA



nprpy  
 Verifique estos datos ingresando a [www.notarioenlinea.com](http://www.notarioenlinea.com)

Arstar Derecho  
 5124-00b29784

**ADOLFO LEÓN OLIVEROS TASCÓN**  
**NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI**  
 RESOLUCIÓN 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARÍA SEXTA DE CALI**  
**ADOLFO LEON OLIVEROS TASCÓN**  
**AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO**  
**Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012**  
 En Cali siendo el día 2024-04-26 09:48:04  
 Comparecío ante el Notario Sexto de esta ciudad:

**TOBAR FERNANDEZ ALVARO GIOVANNY**

a quien identifique con: C.C. 76322374

y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen al pie, son suyas. 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.



*Alvaro Tobar*  
FIRMA



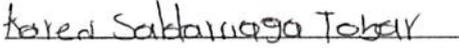
nprpy  
 Verifique estos datos ingresando a [www.notarioenlinea.com](http://www.notarioenlinea.com)

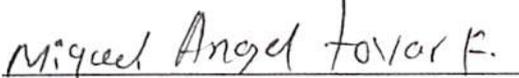
Arstar Derecho  
 8620-n1801131

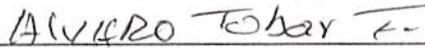
**ADOLFO LEÓN OLIVEROS TASCÓN**  
**NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI**  
 RESOLUCIÓN 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017

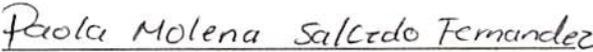


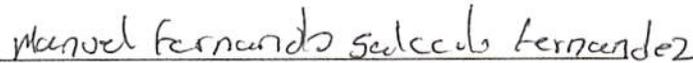
  
MARIA OFIR FERNANDEZ FLOREZ  
CC: 29.219.803

  
KAREN ANDREA SALDARRIAGA  
CC: 1.144.198.103

  
MIGUEL ANGEL TOBAR FERNANDEZ  
CC: 76.322.337

  
ALVARO GIOVANNY TOBAR FERNANDEZ  
CC: 76.322.374

  
PAOLA MOLENA SALCEDO FERNANDEZ  
CC: 1.130.595.282

  
MANUEL FERNANDO SALCEDO FERNANDEZ  
CC: 16.377.155

REPUBLICA DE COLOMBIA  
NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI  
BIOMETRIA  
Santiago de Cal  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012  
En Cali, 2024-04-27 11:46:58  
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:  
**SALCEDO FERNANDEZ MANUEL FERNANDO**  
a quien identifiqué con C.C. 16377155

Y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie es de su pena y letra y la misma que usó en todos sus actos públicos y privados. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad comparando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaonline.com](http://www.notariaonline.com) para verificar este documento.

God. nqvtt

7939-a2504ab0

X   
COMPARECIENTE

JORGE ALEXANDER GALLEGO RUDAS  
NOTARIO 19 (E) DEL CIRCULO DE CALI



REPUBLICA DE COLOMBIA  
NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI  
Santiago de Ca  
(la presente diligencia se surtió por solicitud reiterada y expresa del compareciente)

COLOMBIA  
VEROS TASCOS  
NOTARIA DIECINUEVE DE CALI

COLOMBIA  
NOTARIA DIECINUEVE DE CALI  
Jorge Gallego Rudas  
encargado

NOTARIA 19 DE CALI  
FOLIO RUBRICADO Y SELADO  
RESOLUCION 16377155

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARÍA SEXTA DE CALI**  
**ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON**  
**AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO**  
 Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012  
 En Cali siendo el día 2024-04-26 09:37:32  
 Comparecio ante el Notario Sexto de esta ciudad:  
**SALCEDO FERNANDEZ PAOLA MOLENA**  
 a quien identifique con: C.C. 1130595282  
 y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen al pie, son suyas. 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.

X Paola Moena Salcedo  
 FIRMA

Anular Derecho  
 5124-e722a5ac  
**ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON**  
**NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI**  
 RESOLUCION 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017




**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARÍA SEXTA DE CALI**  
**ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON**  
**AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO**  
 Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012  
 En Cali siendo el día 2024-04-26 09:38:42  
 Comparecio ante el Notario Sexto de esta ciudad:  
**SALDARRIAGA TOBAR KAREN ANDREA**  
 a quien identifique con: C.C. 1144198103  
 y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen al pie, son suyas. 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.

X Karen Saldarriaga Tobar  
 FIRMA

Anular Derecho  
 5124-b476dadd  
**ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON**  
**NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI**  
 RESOLUCION 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017




**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARÍA SEXTA DE CALI**  
**ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON**  
**AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO**  
 Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012  
 En Cali siendo el día 2024-04-26 09:40:30  
 Comparecio ante el Notario Sexto de esta ciudad:  
**TOBAR FERNANDEZ MIGUEL ANGEL**  
 a quien identifique con: C.C. 76322337  
 y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen al pie, son suyas. 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.

X Miguel Angel Tobar Fernandez  
 FIRMA

Anular Derecho  
 5124-37b2b7ee  
**ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON**  
**NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI**  
 RESOLUCION 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017




**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARÍA SEXTA DE CALI**  
**ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON**  
**AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO**  
 Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012  
 En Cali siendo el día 2024-04-26 09:47:26  
 Comparecio ante el Notario Sexto de esta ciudad:  
**TOBAR FERNANDEZ NURY AGUSTINA**  
 a quien identifique con: C.C. 66916332  
 y manifiesto que el anterior documento es cierto y que la firma y huella que aparecen al pie, son suyas. 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.

X Nury Agustina Tobar Fernandez  
 FIRMA

Anular Derecho  
 8620-94415503  
**ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON**  
**NOTARIO 6 DEL CÍRCULO DE CALI**  
 RESOLUCION 11824 DEL 30 DE OCTUBRE DEL 2017






REPARE SAS &lt;repare.felipe@gmail.com&gt;

**DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL**

1 mensaje

REPARE SAS &lt;repare.felipe@gmail.com&gt;

8 de mayo de 2024, 9:35 a.m.

Para: Jose Wilson Ospitia Pradilla &lt;jose.ospitia@fiscalia.gov.co&gt;

Señores

**FISCALIA 94 LOCAL CALI - VALLE DEL CAUCA**

REF. DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL  
RADICACIÓN. 760016099165201985995  
INDICIADO NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ.

**NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 66.916.332 de Cali (Valle), por medio de este escrito me permito desistir del proceso penal en contra de **JORGE EIDER SANCHEZ MONTOYA** identificado con cédula de ciudadanía 16.939.144 que se adelanta en este despacho por el delito de lesiones personales culposas en el accidente de tránsito ocurrido el 15 de noviembre de 2019 en la ciudad de Cali, donde se vio involucrado el vehículo de placa VCW014.

Por lo tanto, solicito se proceda con el archivo del proceso, declaro a **PAZ Y SALVO** por todo concepto al señor **JORGE EIDER SANCHEZ MONTOYA** en calidad de conductor, a **BANCOLOMBIA S.A** como propietario, **GIT MASIVO** en calidad de empresa de transporte y **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A**, en calidad de aseguradora del vehículo de placa VCW014.

Solicito se proceda con el archivo de las diligencias adelantada y se levante cualquier pendiente judicial sobre el vehículo involucrado.

Cordialmente,

**NURY AGUSTINA TOBAR FERNANDEZ**  
C.C No. 66.916.332 de Cali (Valle)



**FELIPE HURTADO.**  
ABOGADO LITIGIOS.  
TELÉFONOS: 3007060472-(032)8828306-  
DIRECCION: Carrera 4 # 11-45 oficina 321 y 324. Edificio Banco de Bogotá.

**DESISTIMIENTO.pdf**  
106K



**MAPFRE**  
**COLOMBIA**

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**  
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACION	INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACION DEL PRODUCTO)	FECHA DE VINCULACION	
TOMADOR <input checked="" type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>	Familiar Comercial Laboral Personal	OFICINA	
ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/>	Tomador - Asegurado		
BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	Tomador - Beneficiario	DD MM AAAA	PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>
	Asegurado - Beneficiario		PÓLIZA RENOVADA <input type="checkbox"/>
			INDEMNIZACIÓN <input type="checkbox"/>

**1. PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO <b>Tobar</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>fernandez</b>	NOMBRES <b>Nury Agustín</b>	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> P.E.P. <input type="checkbox"/> P.E.P.C. <input type="checkbox"/>	NÚMERO <b>66.916.332</b>	LUGAR DE EXPEDICIÓN <b>Cali</b>	FECHA DE EXPEDICIÓN <b>30 Nov 1992</b>
PAIS Y LUGAR DE NACIMIENTO <b>Colombia</b>	FECHA DE NACIMIENTO <b>16 Jun 1974</b>	NACIONALIDAD <b>Colombia</b>	¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL _____
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO: _____ PAÍS: _____	NÚMERO ID FISCAL	¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? * SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL ASALARIADO <input checked="" type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> INVERSIONISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/>		CÓDIGO CIUI
SECTOR AGROPECUARIO <input type="checkbox"/> COMERCIO <input checked="" type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> MINERO Y ENERGÉTICO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SOLIDARIO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		
CARGO	CIUDAD EMPRESA	DIRECCIÓN EMPRESA	TELÉFONO EMPRESA
CIUDAD RESIDENCIA	TELÉFONO	CELULAR	EMAIL
ACTIVIDAD SECUNDARIA	CÓDIGO CIUI	¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)	
INGRESOS MENSUALES <b>1.300.000</b>	EGRESOS MENSUALES <b>1.300.000</b>	ACTIVOS <b>NO</b>	PASIVOS <b>NO</b>
OTROS INGRESOS <b>NO</b>	CONCEPTO OTROS INGRESOS <b>NO</b>		
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
TIENE ALGÚN VINCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS			

**ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE**

Vínculo	Nombre	Tipo de documento	No identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	¿Vinculado Actualmente? Si/No	Fecha desvinculación

- \*Vínculo/Relación  
1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)  
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañero/a permanente del PEP) y  
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)

**2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA**

- Declaro expresamente que  
1. Los recursos y riqueza que poseo provienen de las siguientes fuentes de ingresos (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): \_\_\_\_\_  
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.  
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.  
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

**3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>		
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	GIROS <input type="checkbox"/>	PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/>		
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

**4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS**

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI  NO

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al (Decreto 1674 de 2016)-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales e iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.

Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

\*Si la respuesta fue "SI", diligenciar formato W9, W8 Ben o W8 Ben-E según corresponda

## 5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia legible del documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería vigente, pasaporte vigente, carnet diplomático y permiso especial de permanencia o complementario vigente)
2. Fotocopia legible del Registro Único Tributario – RUT – si la actividad económica es: Comerciante, Independiente, Inversionista y Rentista
3. Declaración de Renta del último período gravable disponible.
4. APODERADO. Copia legible del poder firmado con conocimiento de notaría, junto con la copia del documento de identificación.

## 6. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDINAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que de trata la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente.  SI  NO

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, especialmente para efectos de prevención 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.  SI  NO

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos veraces y fidedignos he suministrado voluntariamente en el presente formulario de conocimiento del cliente SARLAFT, 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 contactados por LA ASEGURADORA y/o sus gestiones de cobranza, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los siguientes canales:

1. Llamada telefónica
2. Mensaje de Texto
3. Correo electrónico
4. Mensajería en físico
5. Mensajería por aplicaciones o web
6. Otro \_\_\_\_\_

## 7. FIRMA Y HUELLA

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

*Miguel A. Toboary Ferrnandez*

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

C.C. 66 916 332



## 8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ENTREVISTA

DÍA MES AÑO HORA

RESULTADO ACEPTADO  RECHAZADO

OBSERVACIONES

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

## 9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA

OBSERVACIONES

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

C.C.



**MAPFRE**  
**COLOMBIA**

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**  
**(PERSONA NATURAL)**

CLASE DE VINCULACION		INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACION DEL PRODUCTO)				FECHA DE VINCULACION							
TOMADOR	<input checked="" type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>		Familiar	Comercial	Laboral	Personal	OFICINA					POLIZA NUEVA	<input type="checkbox"/>
ASEGURADO	<input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/>											POLIZA RENOVADA	<input type="checkbox"/>
BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>											INDEMNIZACION	<input type="checkbox"/>

**I. PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO <b>Salcedo</b>		SEGUNDO APELLIDO <b>Fernandez</b>		NOMBRES <b>Leis Wilson</b>			
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> P.E.P. <input type="checkbox"/>	NÚMERO <b>94.545.122</b>	LUGAR DE EXPEDICIÓN <b>Calí</b>	FECHA DE EXPEDICIÓN <b>25-feb-2004</b>	FECHA DE VENCIMIENTO APLICATIVO (C.C. P.S. P.E.P.)	GENERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	OCUPACION / PROFESION	
PAIS Y LUGAR DE NACIMIENTO <b>Calí Colombia</b>	FECHA DE NACIMIENTO <b>21-DIC-1985</b>	NACIONALIDAD <b>Colombiano</b>	¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA? <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SÍ		ESTADO CIVIL		ESTRATO
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAIS DIFERENTE A COLOMBIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO		MOTIVO: _____ PAIS: _____		NÚMERO ID FISCAL		¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	
¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO		TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL ASALARIADO <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INVERSIONISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/>				CÓDIGO CIU	
SECTOR AGROPECUARIO <input type="checkbox"/> COMERCIO <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> MINERO Y ENERGÉTICO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SOLIDARIO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA					
CARGO	CIUDAD EMPRESA	DIRECCION EMPRESA		TELÉFONO EMPRESA	DIRECCION RESIDENCIA		
CIUDAD RESIDENCIA		TELÉFONO	CELULAR	EMAIL			
ACTIVIDAD SECUNDARIA		CÓDIGO CIU	¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)				
INGRESOS MENSUALES	<b>1.300.000</b>	ACTIVOS	<input type="checkbox"/>				
GASTOS MENSUALES	<b>1.300.000</b>	PASIVOS	<input type="checkbox"/>				
OTROS INGRESOS	<input type="checkbox"/>	CONCEPTO OTROS INGRESOS	<input type="checkbox"/>				
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO							
ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO							
ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO							
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO							
TIENE ALGÚN VINCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO							
SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIE EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS							

**ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE**

Vinculo	Nombre	Tipo de documento	No Identificación	Nacionalidad	Estado	Cargo	¿Vinculado Actualmente? S/No	Fecha de vinculación

- \*Vinculo/Relación  
1. Segundo grado de consanguinidad (padres, suegros, hermanos, hijos, nietos)  
2. Segundo de afinidad (yernos, nueros, cuñados, suegros del conyugue o compañera permanente del PEP) y  
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)

**2. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA**

- Declaro expresamente que  
1. Los recursos y haberes que poseo provienen de las siguientes fuentes de ingresos (según ocupación, oficio, servicios o negocios): \_\_\_\_\_  
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.  
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.  
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

**3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	IMPORTACIONES	<input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES	<input type="checkbox"/>	INVERSIONES	<input type="checkbox"/>
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TRANSFERENCIAS	<input type="checkbox"/>	GIROS	<input type="checkbox"/>	PRESTAMOS	<input type="checkbox"/>
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA	

**4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS**

RELACIONE A CONTINUACION LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS: <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO						
AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION	

**Personas Expuestas Públicamente (PEP):** i) las personas expuestas públicamente conforme al (Decreto 1874 de 2016), ii) las representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público, judicial o militar 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.  
Vinculadas: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

\*Si la respuesta fue "SÍ", diligencie el formato V01, V02, V03 o V04 según corresponda.

**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

1. Fotocopia legible del documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería vigente, pasaporte vigente, carnet diplomático y permiso especial de permanencia o complementario vigente)
2. Fotocopia legible del Registro Único Tributario – RUT – si la actividad económica es: Comerciante, Independiente, Inversionista y Rentista
3. Declaración de Renta del último período gravable disponible.
4. APODERADO. Copia legible del poder firmado con conocimiento de notario, junto con la copia del documento de identificación.

**6. CLAUSULA DE AUTORIZACION**

**Definiciones.** Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controla, o está controlada por o está bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVIGCOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquier o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que ha entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entrego en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades o las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1768 de 2003, y (v) Fideicomiso e Inverías S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones preñales y legales.

**Declaraciones.** Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acordar de forma gratuita a Mis Datos Personales; (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a los preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes; (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, los cuales se incluyen en el encabezado de este documento; (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede impedir la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes; (E) Cuanto con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (suma por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entrego para su Tratamiento.

**Autorizaciones.** Otorgo mi autorización expresa, específica e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebran las Compañías con afiliados en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrato, incluyendo actividades de coseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) El control y cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vi) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (vii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (viii) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llevo a contrato con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o comerciales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (ix) Crear bases de datos de acuerdo a los requerimientos y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (x) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRG o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes pueden estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no preservan niveles adecuados de protección de datos.

**Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales:** Las Compañías Tratantes podrán tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que da lugar la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, la cual lei y comprendí cabalmente.  SI  NO

Autorizo expresa e inequívocamente a Fideicomiso e Inverías S.A e INVER, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento,  SI  NO especialmente 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.

**DECLARACION Y AUTORIZACION**

Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos veranos y mensajes se suministran voluntariamente en el presente formulario de conocimiento del cliente SARLAFT, 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 contactados por LA ASEGURADORA y/o sus afiliados de manera, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los siguientes canales:

- |                       |                         |                                      |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. Llamada telefónica | 3. Correo electrónico   | 5. Mensajería por aplicaciones o web |
| 2. Mensaje de Texto   | 4. Mensajería en físico | 6. Otro                              |

**7. FIRMA Y HUELLA**

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

*[Firma manuscrita]*  
 FIRMA CUENTE O REPRESENTANTE LEGAL  
 C.C. 94 545 122



**8. INFORMACION ENTREVISTA**

LUGAR DE LA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ENTREVISTA: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

RESULTADO: ACEPTADO  RECHAZADO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

**9. VERIFICACION DE LA INFORMACION**

PECHA DE LA ENTREVISTA: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACION: \_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACION: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_



**MAPFRE**  
COLOMBIA

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**  
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACIÓN	INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)				FECHA DE VINCULACIÓN					
TOMADOR <input type="checkbox"/> APODERADO <input checked="" type="checkbox"/>	Familiar	Comercial	Laboral	Personal	OFICINA				PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>	
ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/>	Tomador - Asegurado								PÓLIZA RENOVADA <input type="checkbox"/>	
BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	Tomador - Beneficiario								INDEMNIZACIÓN <input type="checkbox"/>	
	Asegurado - Beneficiario									

**1. PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO <b>Hurtado</b>		SEGUNDO APELLIDO <b>Catano</b>		NOMBRES <b>Luis Felipe</b>	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PEPC <input type="checkbox"/>	NÚMERO <b>1.143.836.087</b>	LUGAR DE EXPEDICIÓN <b>Cali</b>	FECHA DE EXPEDICIÓN <b>07-ABR-2009</b>	FECHA DE VENCIMIENTO APLICA TIPO (CE, PS, PEP/PEPC)	GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
PAIS Y LUGAR DE NACIMIENTO <b>Cali Colombia</b>	FECHA DE NACIMIENTO <b>03-MAR-1991</b>	NACIONALIDAD <b>Colombiano</b>	¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL _____ No DE IDENTIFICACIÓN _____		ESTADO CIVIL
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO: _____ PAÍS _____		NÚMERO ID FISCAL		¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? * SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL ASALARIADO <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INVERSIONISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/>			CÓDIGO CIU
SECTOR AGROPECUARIO <input type="checkbox"/> COMERCIO <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> MINERO Y ENERGÉTICO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SOLIDARIO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA <b>Refore Abogados</b>			
CARGO	CIUDAD EMPRESA <b>Cali</b>	DIRECCIÓN EMPRESA <b>Carrera 4 # 11-45 of 321</b>	TELÉFONO EMPRESA <b>8828306</b>	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
CIUDAD RESIDENCIA	TELÉFONO	CELULAR <b>3007060472</b>	EMAIL		
ACTIVIDAD SECUNDARIA	CÓDIGO CIU	¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)			
INGRESOS MENSUALES <b>10.000.000</b>	ACTIVOS <b>100000</b>				
EGRESOS MENSUALES <b>8000.000</b>	PASIVOS <b>20.000.000</b>				
OTROS INGRESOS <b>0</b>	CONCEPTO OTROS INGRESOS <b>0</b>				
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
TIENE ALGÚN VINCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS					

**ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE**

Vínculo	Nombre	Tipo de documento	No identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	¿Vinculado Actualmente? Si/No	Fecha desvinculación

- \*Vínculo/Relación  
1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)  
2. Segundo de afinidad (yernos, nueros, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera/o permanente del PEP) y  
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)

**2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA**

- Declaro expresamente que  
1. Los recursos y riqueza que poseo provienen de las siguientes fuentes de ingresos (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) \_\_\_\_\_  
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.  
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obliga a actualizarla anualmente.  
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

**3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IMPORTACIONES	EXPORTACIONES	INVERSIONES	<input type="checkbox"/>	
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS	GIROS	PRÉSTAMOS	<input type="checkbox"/>	
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

**4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS**

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI  NO

AÑO	RAMO	COMPAÑIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas públicamente-conforme al (Decreto 1674 de 2016), a) los representantes legales de organizaciones internacionales e ii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.  
Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

\*Si la respuesta fue "SI", diligenciar formato W9, W8 Ben o W8 Ben-E según corresponda

## 5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia legible del documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería vigente, pasaporte vigente, carnet diplomático y permiso especial de permanencia o complementario vigente)
2. Fotocopia legible del Registro Único Tributario – RUT – si la actividad económica es: Comerciante, Independiente, Inversionista y Rentista
3. Declaración de Renta del último período gravable disponible.
4. APODERADO. Copia legible del poder firmado con concurrencia de notaría, junto con la copia del documento de identificación.

## 6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que de trata la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, la cual lei y comprendi cabalmente.  SI  NO

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento,  SI  NO especialmente 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.

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos veraces y fidedignos he suministrado voluntariamente en el presente formulario de conocimiento del cliente SARLAFT, 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 contactados por LA ASEGURADORA y/o sus gestiones de cobranza, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los siguientes canales:

1. Llamada telefónica
2. Mensaje de Texto
3. Correo electrónico
4. Mensajería en físico
5. Mensajería por aplicaciones o web
6. Otro \_\_\_\_\_

## 7. FIRMA Y HUELLA

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL  
C.C.



## 8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ENTREVISTA  
DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

RESULTADO ACEPTADO  RECHAZADO

OBSERVACIONES

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

## 9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA  
DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

C.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.143.836.087**

**HURTADO CATAÑO**

APELLIDOS

**LUIS FELIPE**

NOMBRES



*Luis Felipe H.*

FIRMA

CS Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-1991**

**CALI**  
(VALLE)  
LUGAR DE NACIMIENTO

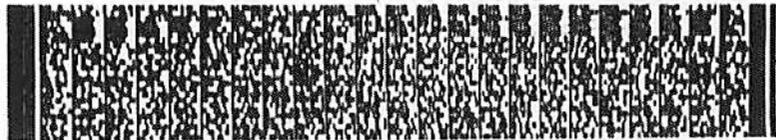
**1.79**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**07-ABR-2009 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



CS

Escaneado con CamScanner  
P-3100100-00157063-M-1143836087-20090529

001101287A 1

32367892

DEL ESTADO CIVIL



Consejo Superior  
de la Judicatura

# REPUBLICA DE COLOMBIA RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA  
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:  
**LUIS FELIPE**

APELLIDOS:  
**HURTADO CATAÑO**

PRESIDENTE CONSEJO  
SUPERIOR DE LA JUDICATURA  
**GLORIA STELLA LÓPEZ JARAMILLO**

UNIVERSIDAD  
COORD. DE COL BOGOTÁ

FECHA DE GRADO  
29/11/2013

CONSEJO SECCIONAL  
VALLE

CEDULA  
1438361027

FECHA DE EXPEDICIÓN  
27/01/2014

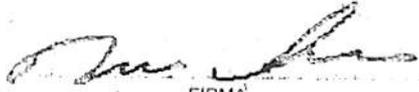
TARJETA N°  
237908

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **66.916.332**  
**TOBAR FERNANDEZ**

APELLIDOS  
**NURY AGUSTINA**

NOMBRES

  
FIRMA



8  
61

COMARCA DEL CAUCA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUN-1974**

**POPAYAN**  
(CAUCA)

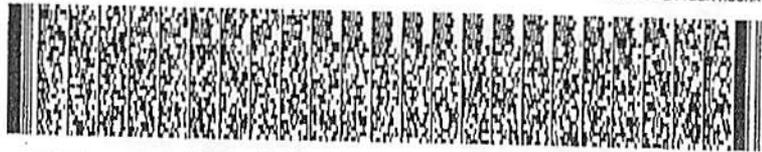
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.68** : **A+**  
ESTATURA G.S. RH

**F**  
SEXO

**30-NOV-1992 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-3100100-01118450-F-0066916332-20191210

0069223756A 1

9911082550

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

70

NUMERO **94.545.122**  
**SALCEDO FERNANDEZ**

APELLIDOS  
**LUIS WILSON**

NOMBRES

*Luis Wilson Salcedo Fernandez*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-DIC-1985**

**CALI**  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.74**

**O+**

**M**

ESTATURA

G.S. RH

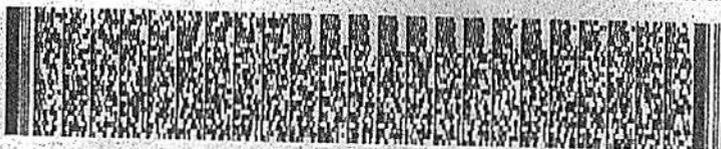
SEXO

**25-FEB-2004 CALI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-3100150-C0468918-M-0094545122-20130913

0034872114A 1

2812528541

## La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

Cali, 26 de diciembre de 2015

### HACEMOS CONSTAR:

Cordial saludo

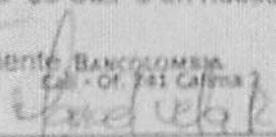
BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que el Señor(a) LUIS WILSON SALCEDO FERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 94 545 122, a la fecha de expedición de esta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha de Apertura	Estado- Saldo
Cuenta de Ahorros	741-528273-82	2015/12/26	ACTIVA

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 5540505 de Cali o en nuestras sucursales de todo el país.

Atentamente, BANCOLOMBIA  
Cali - Of. 741 Calima 2

  
Asesor de servicios N° 154  
Cédula N° 1144163632

**MANUEL ALEJANDRO VELA RIOS**  
Asesor Integral II  
Sucursal Calima

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

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

**Bancolombia**

*le estamos poniendo el abuelo.*

# Certificado Bancario

Martes, 2 de Abril de 2024

Señor(a)  
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS FELIPE HURTADO CATAÑO identificado(a) con CC 1143836087, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	75812907191	2013/09/09	ACTIVA

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.