

AC(03)

25434705



MIN	1	5	MAX
			X

DIVP ASOCIADOS SAS**Bogotá D C Septiembre 08 de 2017****Señores****ALLIANZ SEGUROS S A****Atención Dra****Yeimy Nataly Rojas****E S D****REF Sinistro 35510644****Placa TZZ051**

Con la presente le estoy adjuntando formato de pago por transferencia, fotocopia de la cedula de ciudadanía, **Contrato de Transacción** información básica para que se efectuen el respectivo pago en ACH al Bancolombia

No De Cedula	28 487 694
Lugar de Expedición	Landazuri - Santander
Fecha de Nacimiento	23 de Julio de 1957
Lugar de Nacimiento	Landazuri - Santander
Fecha del siniestro	09 de abril de 2014
Lugar del Sinistro	Soacha - Cundinamarca
Dirección Tercero	Calle 74 A Sur No 92 - 21 Torre 22 Apto 604
Teléfono	311 583 0866
Nombre	NORA ISABEL AGUILAR ROCHA
Valor	\$44 000 000 oo

Atentamente,

DIEGO IGNACIO VERGARA PEÑA
CC No 79 656 161 de Bogotá
TP No 86 336 del CSJ



41900

Allianz

CONTRATO DE TRANSACCION EN R C E HOMICIDIO (DINERO)

No de Sinistro 35510644 No Nacional 0000000 _____

Entre los suscritos a saber **ALLIANZ SEGUROS S A**, en su calidad de Compañía de Seguros y quien en adelante se denominará **LA ASEGURADORA**, y el Dr **HECTOR HERNANDO MORENO SABOGAL** mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 19 340 758 de Bogotá, domiciliado en la ciudad de Bogotá - Cundinamarca como apoderado de la Señora **NORA ISABEL AGUILAR ROCHA** quien en adelante se denominará **LOS RECLAMANTES**, hemos celebrado el presente contrato de transacción que contiene las siguientes clausulas

PRIMERO **ALLIANZ SEGUROS S A** expidió la póliza de automóviles numero 21432615 para asegurar el vehiculo de placas **TZZ051** marca **CHEVROLET** de propiedad de **RODRIGO FLORIANO CORDOBA**

SEGUNDO Que el dia 09 de abril de 2014, en el sector de Soacha - Cundinamarca ocurrio un accidente de transito en el que se vieron involucrados el vehiculo de placas **TZZ051**, de propiedad de **EL ASEGURADO** y donde falleció el señor **JAIME MOSQUERA HERREÑO (Q E P D)** quienes sus familiares solicitaron a **ALLIANZ SEGUROS S A** la indemnización de todos los perjuicios probablemente derivados del accidente previamente descrito **EL ASEGURADO** y **ALLIANZ SEGUROS S A** consideran que no deben tales perjuicios, sin embargo dadas las circunstancias del hecho convienen en esta transaccion para precaver un litigio eventual o para terminar extrajudicialmente uno pendiente

TERCERO Que en virtud de la poliza de automoviles No 21432615 con cargo al amparo de responsabilidad civil hemos llegado a un acuerdo económico definitivo por la suma de **CUARENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$44.000.000 oo)**, sin descuentos ni retenciones como pago total y unico a manera de indemnizacion de todos los daños lesiones y perjuicios (patrimoniales y extrapatrimoniales entendiendose estos como matenales morales fisiologicos daño emergente consolidado y futuro lucro cesante consolidado y futuro) y demas sumas que eventualmente **EL RECLAMANTE** hubieren podido solicitar o recibir con ocasion del citado accidente

La suma de **CUARENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$44 000 000 oo)**, cancelara la **ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S A** a favor del Dr HECTOR HERNANDO MORENO SABOGAL quien tiene autorizacion previa de **NORA ISABEL AGUILAR ROCHA**, Este valor lo recibira dentro del mes siguiente a la entrega a **LA ASEGURADORA** de este contrato firmado y autenticado junto con fotocopia del documento de identidad del formato de autonzación para pago en cheque / o para pago por transferencia Asi mismo el dinero anteriormente mencionado sera depositado en la cuenta de ahorros/corrente indicada en el formato de autonzacion el cual hace parte integral del presente contrato



SEP 05-17
09:50 AM
Lina


CUARTO Que en consecuencia de lo anterior declaro a PAZ Y SALVO por todo concepto a **ALLIANZ SEGUROS S A**, Al conductor **WILSON NAVARRETE MARTINEZ** y propietario **RODRIGO FLORIANO CORDOBA** y desisto de toda acción penal y civil en contra de **ALLIANZ SEGUROS S A**, Y EL ASEGURADO, por los hechos ocurridos el día 09 de abril de 2014 en el sector de Soacha - Cundinamarca

QUINTO Así mismo, **LOS RECLAMANTES** manifiestan que no existe persona con igual mejor derecho para recibir el pago de la presente indemnización y que en caso de existir alguna se compromete personalmente a rembolsar a dicha(s) persona(s) cualquier suma que le sea exigida en la proporción de ley, exonerando de cualquier responsabilidad a la Aseguradora

SEXTO Esta transacción produce desde hoy efecto de cosa juzgada y en el evento en que proceda judicialmente a reclamar los perjuicios transados pagaré a título de cláusula penal, el doble de la suma recibida, sin perjuicio de las acciones legales por los perjuicios causados a **EL ASEGURADO, AL CONDUCTOR** o a **ALLIANZ SEGUROS S A**

El presente documento se firma en la ciudad de Bogotá a los 4 días del mes de Septiembre de dos mil diecisiete (2017)

ALLIANZ SEGUROS S A


HECTOR HERNANDO MORENO SABOGAL
C C No 19 340 758 de Bogotá,
T P No 61 700 del C S de la J
Celular 310 27 24679

Nora Isabel Aguilar R
NORA ISABEL AGUILAR ROCHA
C C No 28 487 694 de la ciudad de Bogotá
Celular 311 593 0866

EL ANTERIOR ESCRITO DIRIGIDO A

Allianz Seguros S.A.

fue presentado por el signatario

Hector Hernando Moreno Sabogal

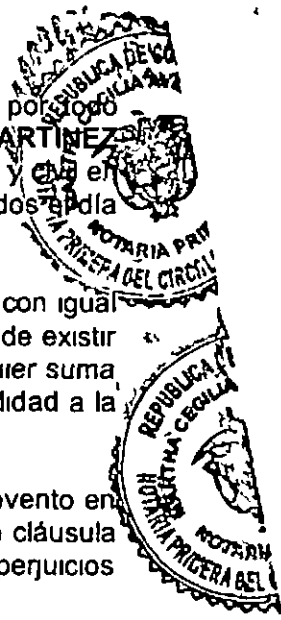
Quien es identificado por C No 19 340 758

de Bogotá T P No 61 700

Ante la ciudad de Soacha Cundinamarca

4 SET. 2017

 SIGNATARIO
MARTHA CECILIA AVILA VARGAS



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



41900

En la ciudad de Soacha, Departamento de Cundinamarca, Republica de Colombia, el cuatro (04) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Primera (1) del Círculo de Soacha, compareció **NORA ISABEL AGUILAR ROCHA**, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #0028487694 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto

Nora Isabel Aguilar R.

----- Firma autógrafa -----



6o48hoecmp61
04/09/2017 10:38:58.237



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil

Este folio se asocia al documento de CONTRATO DE TRANSACION

Martha Cecilia Avila Vargas



MARTHA CECILIA AVILA VARGAS
Notaria primero (1) del Círculo de Soacha

El presente documento puede ser consultado en la página web www.notariasegura.com.co
Numero Unico de Transacción 6o48hoecmp61



Autorización de Pagos

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

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

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.



Ramo [] Póliza [] Ciudad **BOGOTÁ** Fecha **09-10-2017**

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

Tomador Asegurado	Familiar	Comercial	Laboral	Otra	Cuál
Tomador Beneficiario	Familiar	Comercial	Laboral	Otra	Cuál
Asegurado Beneficiario	Familiar	Comercial	Laboral	Otra	Cuál

Persona Natural

Primer apellido **AGUILAR** Segundo Apellido **ROCHA** Nombres Completos **NORA ISABEL**

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUP <input type="checkbox"/> No 28.487.694 Fecha de expedición 09-12-1979 Lugar de expedición LANDAZURI	Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/> No [] Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses	NACIONALES TURISTAS DE LOS PAISES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia No []
--	--	---

Fecha de nacimiento 23-07-1957	Lugar de nacimiento LANDAZURI	Nacionalidad 1 [] Nacionalidad 2 []	Dirección de Residencia CAILE 34 ASUR N° 92-21 T22 APT 604	E mail []
Ciudad BOGOTÁ	Teléfono 311 583 0866	Oficio o profesión AMA DE CASA	Actividad Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	
Empresa donde trabaja []	Teléfono []	Dirección comercial []	Ciudad []	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerada enemiga? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:		

Actividad económica PENSIONADA	Código CBU []
Ingresos Mensuales (Pesos) 737.717	Egresos mensuales (Pesos) 737.717
Activos (Pesos) 1 000.000	Pasivos (Pesos) []
Patrimonio (Pesos) 1 000.000	Otros ingresos (Pesos) []
Concepto otros ingresos []	

Persona Jurídica

Nombre o razón social []	NIT []
Oficina principal Dirección []	Ciudad [] Teléfono []
Tipo de empresa []	Sector de la economía [] Cuál []
Actividad económica []	Código CBU []
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	
Primer apellido []	Segundo Apellido [] Nombres Completos []
Tipo de documento []	Fecha de expedición [] Lugar de expedición []
Fecha de nacimiento []	Lugar de nacimiento [] Nacionalidad 1 [] Nacionalidad 2 []
Dirección []	Ciudad [] Teléfono []

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación):

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación	Si tipo de identificación es "C.C." u "OTRO" anotar sus datos de identificación
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
Descripción de la Actividad económica				Código CBU []
Especifique []				
Ingresos Mensuales (Pesos)		Egresos mensuales (Pesos)		
Activos (Pesos)		Pasivos (Pesos)		
Patrimonio (Pesos)		Otros ingresos (Pesos)		
Concepto otros ingresos []				

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera		<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Cuál	Indique otras operaciones			
Productos financieros en el exterior ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?							
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Moneda	Ciudad	País	Moneda	

Información sobre reclamaciones en seguros				
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años				
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente	

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

Yo **MORA ISABEL AGUIAR ROSA** (identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjera o Nit No **28487694**) autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de **INDEMNIZACIÓN** en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono o autorizo el pago alternativo a identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjera o Nit No _____ con nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2 _____ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación

NOTA: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS PARA PERSONAS JURÍDICAS ANEXAR FOTOCOPIA DE CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO

Código Entidad Financiera (según relación)	007	Número de Cuenta (validar según relación)	213-817864-01	Tipo de Cuenta	<input type="checkbox"/> Corriente <input checked="" type="checkbox"/> Ahorros
--	-----	---	---------------	----------------	--

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRA AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZA DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia Tarjeta Allianz
 Cheque ☐ Efectivo ☐

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10 000 000) SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE. SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES. Obrando en nombre propio o en representación de **MORA ISABEL AGUIAR ROSA** de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle: ocupación, actividad, negocio, etc.): **PENSIÓN** 2) Que los recursos que se derivan del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello; 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS. Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tengo la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLD, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude - INF y a Inversiones Fasecolda - INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLD, y sus filiales, Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos, Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE. Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) De seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministros por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de las Compañías; (v) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; (vi) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de los países, con los cuales Colombia haya celebrado acuerdos de intercambio de información tributaria a través de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o el Standard for Automatic Exchange of Financial Information in Tax Matters (CRS), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos. Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29-24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co

4. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN. Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO	
Nombre Mora Isabel Aguiar Rosa C.C. No. 28487694	

Tipo de cuenta Corriente Ahorros

ENTIDAD	CÓDIGO	VALORACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALORACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORROS			CORRIENTE	AHORROS
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Banco Colpatria	019	10 dígitos	10 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco CorpBanco	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Clubank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSB	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Vallearta S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Camerado BIVA	013	9 ó 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Héfin Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO **28 487.694**

AGUILAR ROCHA

APELLIDOS
NORA ISABEL


NOMBRES
Nora E. Aguilar R.

FIRMA



ORIGINAL DEFECTUOSO

CENTRO DE GESTION DOCUMENTAL



FECHA DE NACIMIENTO **23 JUL 1957**

LANDAZURI
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1 62 **A+** **F**


ESTATURA **66 CM** SEXO

09-DIC-1979 LANDAZURI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ADEL SANCHO TORRES

LÍDICE DERECHO



R 1600150-00613855-F 0028487694 20140822 0039619748A 2 40439190



Héctor Moreno S.
Abogado

Bogotá DC, Agosto 31 de 2017

SEÑORES
ALLIANZ SEGUROS SA

E

S

D

REF SINIESTRO 35510644
Placa asegurado T ZZ 051

Distinguido Doctor
DIEGO VERGARA PEÑA

La ciudad

PASTOR MOSQUERA AGUILAR Y ORFILIA MOSQUERA AGUILAR mayores de edad, residentes y domiciliados en Bogotá D C , e identificados como aparecen al pie de nuestras correspondientes firmas, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito le manifestamos que renunciamos a cualquier reclamación por el siniestro de la referencia y en la cual falleció nuestro padre señor JAIME MOSQUERA HERREÑO, (Q E P D)

Por lo anterior, autorizamos a nuestra madre señora **NORA ISABEL AGUILAR ROCHA** identificada con la C C 28 487 694 de Landazuri Santander, para que, reciba la indemnización correspondiente a que haya lugar

Atentamente,

Pastor Mosquera A
PASTOR MOSQUERA AGUILAR
CC No 80 008 806 Bogotá

Orfilia Mosquera Aguilar
ORFILIA MOSQUERA AGUILAR
C C No 52 904 226 Bogotá

SEP 05-17
09:50 AM
L. J. J.

NOTARIA 74 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
PRESENTACIÓN PERSONAL
 Autenticación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012
 222df083588

El anterior escrito dirigido a ALLIANZ SEGUROS S.A fue presentado personalmente ante este despacho por

MOSQUERA AGUILAR ORFILIA
 Identificado con C.C. 62804228

El compareciente 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
 Dado en Bogotá D.C. 2017-09-01 08:10:57

RENUNCIA RECLAMACION POR SINIESTRO

X **Orfilia Mosquera Aguilar**
 Firma declarante

LEONARDO AUGUSTO TORRES CALDERÓN
 NOTARIO 74 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

Indice Derecho



NOTARIA 74 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
PRESENTACIÓN PERSONAL
 Autenticación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012
 2221f51835

El anterior escrito dirigido a ALLIANZ SEGUROS S.A fue presentado personalmente ante este despacho por

MOSQUERA AGUILAR PASTOR
 Identificado con C.C. 80008808

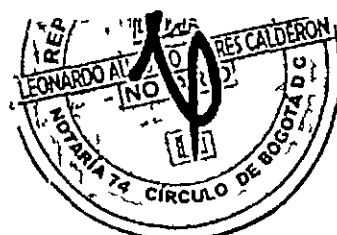
El compareciente autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil
 Dado en Bogotá D.C. 2017-09-01 08:50:49

RENUNCIA AUTORIZACION

X **Pastor Mosquera Aguilar**
 Firma declarante

LEONARDO AUGUSTO TORRES CALDERÓN
 NOTARIO 74 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

Indice Derecho



Se Recibe

04-09-2017

Héctor Moreno S.

Abogado

Señor Doctor

FISCAL TERCERO SECCIONAL DE SOACHA CUNDINAMARCA

REF PROCESO No 2577546000392201400356

Distinguido Doctor

Nosotros NORA ISABEL AGUILAR, ROCHA, PASTOR MOSQUERA AGUILAR Y ORFILIA MOSQUERA AGUILAR mayores de edad, residentes y domiciliados en Bogotá D.C., e identificados como aparece al pie de nuestras correspondientes firmas, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito le manifestamos al Señor Fiscal que, **DESISTIMOS** como víctimas y **RENUNCIAMOS AL INCIDENTE DE REPARACION** por el delito de Homicidio ocurrido en Accidente de Tránsito el día 13 de Abril de 2014, esto es, en la humanidad de nuestro difunto esposo y padre señor **JAIME MOSQUERA HERREÑO (Q.E.P.D.)**

Lo anterior como quiera que hemos aceptado un ofrecimiento de la Compañía de Seguros Alianz Seguros SA, aseguradora del rodante de placas **TZZ 051**, conducido por el señor **WILSON NAVARRETE MARTINEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía 91111914 y **FLORIANO CORDOBA RODRIGO**, identificado con la cédula de ciudadanía 83.055 972, en su calidad de propietario del mencionado vehículo

Señor Fiscal, Atentamente

Nora Isabel Aguilar Rocha

NORA ISABEL AGUILAR ROCHA
C C No 28 487 694 de Landázun Santander

Pastor Mosquera A
PASTOR MOSQUERA AGUILAR
C C No 80 008 806 Bogotá

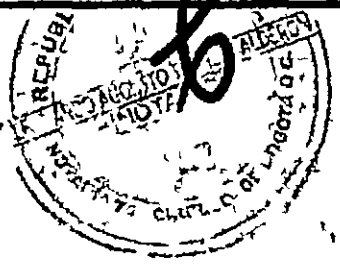
Orfilia Mosquera Aguilar
ORFILIA MOSQUERA AGUILAR
C C No 52 904 226 Bogotá

COADYUVO

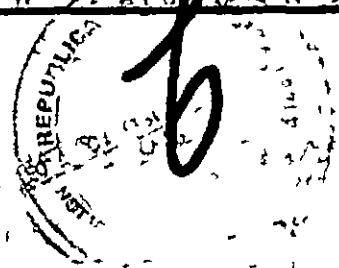
HECTOR HERNANDO MORENO SABOGAL
C de C No 19 340 758 de Bogotá
T P No 61 700 del C S de la J

NOTARIA 74 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
PRESENTACIÓN PERSONAL
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
2224570d88
El anterior escrito dirigido a FISCAL TERCERO SECCIONAL DE SOACHA CUNDINAMARCA fue presentado personalmente ante este despacho por
MOSQUERA AGUILAR ORFILA
Identificado con C.C. 52804228
El compareciente 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.
Dado en Bogotá D.C. 2017-09-01 08:12:21
RENUNCIA INCIDENTE DE REPARACIÓN
X Orfila Mosquera Aguilar
Firma declarante
LEONARDO AUGUSTO TORRES CALDERÓN
NOTARIO 74 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

NOTARIA 74 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
PRESENTACIÓN PERSONAL
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
2224570d88
El anterior escrito dirigido a FISCAL TERCERO SECCIONAL DE SOACHA CUNDINAMARCA fue presentado personalmente ante este despacho por
AGUILAR ROCHA NORA ISABEL
Identificado con C.C. 28487894
El compareciente 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.
Dado en Bogotá D.C. 2017-09-01 08:14:01
RENUNCIA INCIDENTE DE REPARACIÓN
X Nora Isabel Aguilar Rocha
Firma declarante
LEONARDO AUGUSTO TORRES CALDERÓN
NOTARIO 74 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.



ORIGINAL DEFECTUOSO
CENTRO DE GESTION DOCUMENTAL



NOTARIA 74 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
PRESENTACIÓN PERSONAL
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
2221e3880e
El anterior escrito dirigido a FISCAL TERCERO SECCIONAL DE SOACHA CUNDINAMARCA fue presentado personalmente ante este despacho por
MOSQUERA AGUILAR PASTOR
Identificado con C.C. 80008806
El compareciente 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.
Dado en Bogotá D.C. 2017-09-01 08:51:55
RENUNCIA INCIDENTE DE REPARACIÓN
X Pastor Mosquera A
Firma declarante
LEONARDO AUGUSTO TORRES CALDERÓN
NOTARIO 74 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

