

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	<b>Versión</b>	5
		<b>Fecha</b>	20/01/2023
		<b>Código</b>	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-105298 (NI 056) YENIFER GUEVARA BENAVIDES, en su propio nombre y la menor Thiara Isabella Guzmán Guevara **GUERRA & AS**

**ACUERDO No 043**

09 ABR 2024

<b>CENTRO DE CONCILIACIÓN</b> <b>CÓDIGO No. 3282</b> <b>PROCURADURÍA DELEGADA PARA ASUNTOS CIVILES</b>	
Solicitud de Conciliación	E-2024-105298 (NI 056)
Convocante	YENIFER GUEVARA BENAVIDES, en su propio nombre y la menor Thiara Isabella Guzmán Guevara
Convocado	JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C S.A Nit 860.028.415-5
Fecha de Solicitud	2 DE FEBRERO DE 2024
Asunto	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL A/T YENIFER GUEVARA BENAVIDES

7.0015  
NO IMPLICA ACL.

Santiago de Cali, ocho (8) de abril de dos mil veinticuatro (2024), en la fecha continua la audiencia virtual programada para hoy, siendo las ocho y treinta y tres (8:33) a.m., contando con la presencia del doctor JUSTO P. BERNAL GUTIERREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.728.661, asignado como Conciliador en las presentes diligencias de Conciliación, quien una vez agotado el respectivo trámite y en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 64 de la Ley 2220 de 2022 y demás normas concordantes y conforme los siguientes,

**ANTECEDENTES**

1. el dos (2) de febrero de dos mil veinticuatro (2024) el Dr. DANIEL ESCOBAR BARRIGA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.144.193.728 y T.P. No 339.661 del C.S.J., actuando en calidad de apoderado de YENIFER GUEVARA BENAVIDES, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.567.067, quien actúa en su propio nombre y la menor Thiara Isabella Guzmán Guevara, promovió trámite de audiencia de Conciliación ante el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación, sede Cali.

2.- Parte convocada: JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C S.A. Nit 860.028.415-5.

3.- admitida la solicitud de conciliación, se fijó como fecha y hora para la celebración de la audiencia el once (11) de marzo de dos mil veinticuatro (2024) a la una y treinta (1:30) p.m. Se libraron y enviaron las respectivas comunicaciones de citación a las direcciones físicas y/o electrónicas aportadas por el convocante (s), manifestando de manera expresa que la audiencia se llevaría a cabo por medios virtuales a través de la plataforma Microsoft Teams™, conforme a la solicitud efectuada. en la fecha indicada las partes asistentes, de común acuerdo, solicitaron suspensión por lo que

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	<b>Versión</b>	5
		<b>Fecha</b>	20/01/2023
		<b>Código</b>	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-105298 (NI 056) YENIFER GUEVARA BENAVIDES, en su propio nombre y la menor Thiara Isabella Guzmán Guevara

se fijó nuevamente fecha para el 8 de abril de 2024 a las 8:30 a.m. no asistió ni presentó excusa July Andrea Jiménez Arbeláez.

### HECHOS

PRIMERO: El día 22 de septiembre 2023, a eso de las 14:20 horas, se movilizaba mi prohijada la señora YENIFER GUEVARA BENAVIDES en compañía de su hija THIARA ISABELLA GUZMAN GUEVARA en su motocicleta akt de placas BKT 91A, mientras recorrerían la vía ubicada en Carrera 69 con calle 46 de la ciudad de Cali, cuando de repente son colisionadas por la señora JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ identificada con cedula de ciudadanía 1144054865 quien conducía una camioneta Nissan March de placas MJT 152 cuando el conductor viola la señal de pare y colisiona en la humanidad de YENIFER GUEVARA BENAVIDES cuando se trasportaba junto a su hija THIARA ISABELLA GUZMAN GUEVARA identificado con tarjeta de identidad 1.107.868.769 tal como quedo establecido en la hipótesis del accidente de transito

SEGUNDO: En el informe de accidente de tránsito número A001528309, suscrito por el agente de tránsito JHON MARTINEZ identificado con el número 14839141 adscrito a la secretaria de tránsito y movilidad de Cali, codifico hipótesis No 132 no respetar prelación vial atribuida a YULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ identificada con cedula de ciudadanía 1144054865 quien conducía el carro de placas MJT152

TERCERO: Como consecuencia de dicho accidente y la imprudencia del conductor al no respetar la prelación vial, genero traumatismos en la humanidad de Yenifer Guevara en TOBILLO Y HOMBRO IZQUIERDO como consta en la historia clínica anexada. En la humanidad de su hija Thiara le ocasiono traumatismos en pierna izquierda

(...)

(...)

CUARTO: Además por la gravedad de las lesiones mi prohijada la señora YENIFER GUEVARA y su hija THIARA ha sufrido un traumatismo psicológico y una afectación anímica grave es por ello que ha tenido que ser atendida por psicología

(...)

(...)

QUINTO: En virtud de las lesiones, mi representado presentó Querrela ante la Ventanilla Única de Correspondencia de la FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN, la cual fue identificada con radicación NOTICIA CRIMINAL – 760016099165202382888, en contra de la señora JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ, identificado con la C.C. 1144054865 por los hechos ocurridos el pasado 22 de septiembre del 2023.

(...)

SEXTO: Con fecha del 30 de Octubre del 2023, se le realizó reconocimiento médico legal, que consta en el Informe pericial de Clínica Forense No. UBUAL-DSVA-12545-2023, a la señora YENIFER GUEVARA BENAVIDES, por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; lo cual concluyó lo siguiente

**ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES**  
 Al exámen presenta lesiones actuales consistentes con el relato de los hechos. Mecanismo traumático de lesión: Abrasivo. Incapacidad médico legal DEFINITIVA CUATRO (4) DIAS. Sin secuelas médico legales al momento del examen.

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	<b>Versión</b>	5
		<b>Fecha</b>	20/01/2023
		<b>Código</b>	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-105298 (NI 056) YENIFER GUEVARA BENAVIDES, en su propio nombre y la menor Thiara Isabella Guzmán Guevara

Con fecha del 11 de Diciembre del 2023, se le realizó SEGUNDO reconocimiento médico legal, que consta en el Informe pericial de Clínica Forense No. UBUAL-DSVA-14093-2023, a la menor de edad THIARA ISABELLE GUZMAN BENAVIDEZ, por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; por medio del cual se concluyó DEFORMIDAD FISICA QUE AFECTA EL CUERPO DE CARÁCTER PERMANENTE:

**ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES**

Se trata de una niña de 10 años quien el día de hoy ingresa a su segundo reconocimiento Médico Legal en contexto de accidente de tránsito en calidad de pasajera de motocicleta versus carro. Hechos ocurridos el día 22 de septiembre 2023 donde sufre trauma en hemicuerpo izquierdo por lo que fue llevada a Clínica Santa Clara donde realizan curaciones, dan manejo analgésico y toman radiografías de rodillo, pierna y tobillo izquierdo descartando lesiones óseas. Al examen físico médico legal el día de hoy, 80 días posteriores a los hechos, se evidencia múltiples cicatrices en miembro inferior izquierdo, ~~o tentáculos~~, con arcos de movilidad conservados en las cuatro extremidades. Al examen presenta lesiones actuales consistentes con el relato de los hechos. Mecanismos traumáticos de lesión: Abrasivo; Contundente. Incapacidad médica legal DEFINITIVA QUINCE (15) DÍAS. SECUELAS MÉDICO LEGALES: Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente.

**SEPTIMO:** Se resalta que después de las curaciones y terapias, continua con el dolor, el mismo reapareció, lo que generó bastante ansiedad y depresión en la señora YENIFER GUEVARA BENAVIDES al igual que en su hija THIARA, toda vez que es algo insoportable para su salud y al mismo tiempo angustiante para su familia verlo en esas condiciones.

**OCTAVO:** Mi representada la señora Yenifer Guevara ha debido incurrir en diversos gastos para mitigar las consecuencias de dicho evento, ocasionándoles unos egresos dinerarios indemnizables bajo el rubro de daño emergente tales como gasto en medicamentos y gastos en transporte lo cual a la fecha suma un valor de CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS (453.720) mcte. Suma corroborada con los elementos anexos a la presente reclamacion

**NOVENO** Se manifiesta que mi representado, laboraba en la empresa DISTRIFILTROS Y MERCAREPUESTOS devengando en la suma de ambos trabajos la suma total de \$ 1.900.000 mcte. Tal y como consta en la certificación laboral anexada con la presente.

**DECIMO:** Mi mandante, resultó afectado anímica, psíquica y emocionalmente con la vivencia del accidente de tránsito, esto en consideración inicialmente por la desagradable experiencia de resultar lesionado en su cuerpo, sin ninguna razón lógica o justificada, con una mayor intensidad, que ha requerido un largo tratamiento médico y terapéutico por sus perturbaciones funcionales. Además, se encuentra padeciendo alteraciones en su condición de existencia que se reflejan en su vida social, familiar y en sus hábitos de recreación, de manera definitiva se aisló de su círculo social que no volvió a ser el mismo.

Razón por la cual pretende la indemnización de daño a la vida de relación.

**DECIMO PRIMERO:** Sobre la responsabilidad penal y civil en el hecho dañoso, se acompañan con el presente reclamo, historia clínica, valoración de medicina legal y demás elementos de prueba que de manera seria y fundada permiten colegir más allá de toda duda, la conducta imprudente e imperita de la señora JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ, conductor del Vehículo asegurado de placa MJT 152, al infringir el deber objetivo de cuidado, pues su maniobrar fue imprudente.

**DECIMO SEGUNDO:** Se conoce la existencia de un póliza expedida por la compañía de seguros EQUIDAD SEGUROS S.A, la cual cuenta con el amparo RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL bajo el serial POLIZA: PE179410 , según esta mencionada compañía de aseguradora indemnizara a los terceros, que como mi representado es damnificado por quienes deben responder de conformidad con la Ley, por los daños ocasionados en desarrollo de la conducción del vehículo de placas MJT 152, luego como

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	<b>Versión</b>	5
		<b>Fecha</b>	20/01/2023
		<b>Código</b>	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-105298 (NI 056) YENIFER GUEVARA BENAVIDES, en su propio nombre y la menor Thiara Isabella Guzmán Guevara

se infiere de confrontar este amparo con lo descrito en los hechos precedentes es exigible a su compañía la indemnización de mi representado en los términos de este escrito.

DECIMO TERCERO. ESTA RECLAMACION SE REALIZA EN ARAS DE LOGRAR UN MUTUO ACUERDO, ES POR ELLO QUE SE ANEXA LA HISTORIA CLINICA Y LOS DICTAMENES OBTENIDOS A LA FECHA

DECIMO CUARTO: Por lo anterior, dirige mediante el suscrito apoderado el reclamo contenido en este escrito.

### PRETENSIONES

La solicitud se presentó a efectos de que las partes lleguen a un acuerdo conciliatorio en relación con las siguientes pretensiones

En virtud de los hechos narrados precedentemente en concordancia con los elementos que corroboran su ocurrencia, es la intención de mi representada de ser indemnizada por la compañía SEGUROS EQUIDAD S.A., con cargo al amparo Responsabilidad Civil Contractual de la Póliza contratada con el vehículo de placas MJT152 de la siguiente manera.

#### RESPECTO DE YENIFER GUEVARA BENAVIDES

LUCRO CESANTE: **VIML = \$950.000**

LUCRO CESANTE Y FUTURO: Se resalta que de acuerdo al dictamen Medico Legal a mi poderdante se le determino una deformidad fisica que afecta el cuerpo de carácter permanente, la cual se estima en un valor de \$ 5.000.000 Millones mcte.

#### DAÑO MORAL Y VIDA EN RELACION:

De ahí que corresponda seguir las mismas reglas que el perjuicio moral para su indemnización, de tal suerte que confrontando los casos que han sido materia de jurisprudencia de las mencionadas corporaciones judiciales, frente a la situación personal de mi representado la señora YENIFER GUEVARA BENAVIDEZ, proponer una suma resarcitoria de este perjuicio equivalente a:

20 SALARIOS MINIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE: PARA UN VALOR DE 20.000.000.

#### RESUMEN DE LA PRETENSION:

\$950.000+ \$5.000.000+ \$23.200.000+453.720 =  
**GRAN TOTAL: \$ 29.603.720**

#### RESPECTO DE SU HIJA THIARA ISABELLE GUZMAN BENAVIDEZ

#### DAÑO MORAL Y VIDA EN RELACION:

Las lesiones ocasionadas han generado dolor, tristeza y aflicción de la menor THIARA ISABELLA GUZMAN (LESIONADA), ya que no ha podido realizar con normalidad las actividades propias de su vida personal y estudiantil lo que ha ocasionado un dolor, tristeza y aflicción además de un deterioro en su autuestima estimo a favor de sus padres sea reconocida la suma de 40 SMLMV.

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	<b>Versión</b>	5
		<b>Fecha</b>	20/01/2023
		<b>Código</b>	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-105298 (NI 056) YENIFER GUEVARA BENAVIDES, en su propio nombre y la menor Thiara Isabella Guzmán Guevara

40 SALARIOS MINIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE: PARA UN VALOR DE 45.200.000.

RESUMEN DE LA PRETENSION:

\$528.753 + \$45.200.000=

GRAN TOTAL: \$ 45.728.753

### ASISTENCIA

Por la parte **Convocante**: YENIFER GUEVARA BENAVIDES, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.567.067 con su apoderado Dr. DANIEL ESCOBAR BARRIGA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.144.193.728 y T.P. No 339.661 del C.S.J., se reconoce personería jurídica.

Por la parte convocada asistió: Dra. DIANA CAROLINA BURGOS CASTILLO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.022.396.024 y T.P. No. 342.972 del C.S.J. apoderada judicial de La Equidad Seguros Generales O.C. Nit 860.028.415-5.

No asistió: JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ

### ANTECEDENTES

El Conciliador ilustró a las partes sobre la naturaleza, efectos y alcances de la conciliación, les puso de presente sus ventajas y beneficios y los invitó a formular las propuestas que estimen pertinentes, tendientes a solucionar las diferencias planteadas, advirtiendo que la diligencia se encuentra amparada en el principio de confidencialidad contenido en el artículo 4 de la ley 2220 de 2022.

Luego de examinar las alternativas de arreglo presentadas por el Conciliador y cada una de las ofertas que cruzaron las partes como expresión de su libre autonomía negocial, llegan al siguiente acuerdo conciliatorio como solución definitiva a sus diferencias, así:

**PRIMERO:** La convocada La Equidad Seguros Generales O.C. Nit 860.028.415-5. se compromete a reconocer y cancelar a los convocantes el valor de quince millones de pesos de pesos ( \$ 15.000.000) como pago único y definitivo, a manera de indemnización integral de todos los daños y perjuicios patrimoniales, extrapatrimoniales, presentes y futuros, daño a la salud, intereses moratorios, indexaciones, honorarios de Abogados y demás, que surjan y puedan surgir con ocasión del accidente de tránsito objeto de la presente conciliación.

**SEGUNDO:** El pago se realizará de manera fraccionada, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la radicación, ante la aseguradora de manera física en la dirección Av 6 a Bis # 35n - 100 oficina 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y el correo [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co) de los siguientes documentos, Formato de conocimiento del cliente diligenciados por la convocante, el señor Franklin Enrique Guzmán Angulo y el apoderado; Formato de autorización pago indemnización diligenciados por la convocante, el señor Franklin Enrique Guzmán Angulo y el apoderado; Certificación bancaria de la cuenta de quienes reciben el pago; Cedula ampliada al 150% de la convocante, del señor Franklin Enrique Guzmán Angulo y del apoderado; Desistimiento de la acción penal autenticado y radicado ante la Fiscalía General de la Nación, Acta del acuerdo conciliatorio; Poder conferido al señor Franklin Enrique Guzmán Angulo para recibir el pago y Poder del padre de la menor Thiara Isabella Guzmán para que la señora Yenifer Guevara reciba la indemnización por los perjuicios sufridos por la menor con ocasión al

	<b>ACTA DE ACUERDO</b> <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>	<b>Versión</b>	5
		<b>Fecha</b>	20/01/2023
		<b>Código</b>	IN-F-13

SOLICITUD No E-2024-105298 (NI 056) YENIFER GUEVARA BENAVIDES, en su propio nombre y la menor Thiara Isabella Guzmán Guevara

accidente. El pago se realizará de la siguiente manera, para el Dr. Daniel Escobar Barriga el valor de tres Millones de pesos (\$3.000.000) a la cuenta de ahorros No 488415402848 del Banco Davivienda; a nombre del señor Franklin Enrique Guzmán Angulo identificado con cédula de ciudadanía No. 14.679.483, esposo de la convocante YENIFER GUEVARA BENAVIDES, el valor de doce millones de pesos (\$12.000.000) a la cuenta de ahorros No. 06200004458 de Bancolombia, conforme la autorización otorgada en audiencia por la convocante.

TERCERO: los convocantes manifiestan que, de conformidad al presente acuerdo conciliatorio, Una vez recibido el pago acordado, se entenderá ocurrido el resarcimiento que constituye la indemnización integral de todos y cada uno de los perjuicios sufridos y, por ello, desisten de la acción penal No. 760016099165202382888, en contra de la señora July Andrea Jiménez Arbeláez identificada con la C.C. 1144054865 por los hechos ocurridos el pasado 22 de septiembre del 2023. y renuncia a iniciar, contra los aquí convocados cualquier acción civil, administrativa y de cualquier índole que tenga fundamento o relación, en los hechos objeto de la presente conciliación.

CUARTO: los convocantes se comprometen a responder con su propio peculio, ante la eventual aparición de personas que aleguen y puedan acreditar tener algún derecho que se derive del accidente de tránsito que hoy se concilia, de manera que los CONVOCANTES garantizan que serán quien indemnicen a esas personas que eventualmente se presenten, exonerando de cualquier responsabilidad y reclamación a las partes convocadas.

Teniendo en cuenta que el anterior acuerdo conciliatorio pone fin a las pretensiones que motivaron la solicitud de audiencia de conciliación y que es aceptado recíprocamente por las partes, el Conciliador hace ver a los involucrados que este arreglo hace TRÁNSITO A COSA JUZGADA y que, en caso de incumplimiento, EL ACTA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO. Desde ya se requiere a las partes, para que informen por escrito a este Despacho, el cumplimiento del anterior acuerdo conciliatorio.

Se hace constar que las partes manifestaron estar de acuerdo que la presente audiencia se realice por medios virtuales; que otorgan al acuerdo los efectos que prevé la ley y permiten la grabación del mismo en audio y/o video con el fin de que constituya mensaje de datos, conforme con el literal a del artículo 2° y los artículos 5° y 10° de la Ley 527 de 1999; así mismo, se deja constancia que el conciliador leyó a las partes el acta en su integridad y ninguna presentó objeción a su contenido y forma, manifestando que el acuerdo fue expresión de su libre y espontánea voluntad y así lo hacen constar mediante su aceptación verbal, de lo cual queda constancia en la grabación que el conciliador efectúa.

**La presente es primera copia tomada del original y presta merito ejecutivo**



**JUSTO PASTOR BERNAL GUTIERREZ**  
**Director Centro de Conciliación Civil y Comercial**

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación- Cali  
 Carrera 9 9 No. 8-56 2° piso PBX 3908383 Ext.21141 E-mail [conciliacioncivil.cali@procuraduria.gov.co](mailto:conciliacioncivil.cali@procuraduria.gov.co)

Página 6 de 6

**VIGILADO** Ministerio de Justicia y del Derecho

SEÑORES



FISCAL No. 42 LOCAL DE LA CIUDAD DE CALI

E. S. D.



VENTANILLA UNICA DE CORRESPONDENCIA - CALI



CALI-42-LUCG - No. 20240060103582

Fecha Radicado: 2024-04-09 15:17:19

Anexos: SIN ANEXOS.

REF. DESISTIMIENTO DE LA ACCION PENAL

QUERELLANTE: YENIFER GUEVARA BENAVIDES

INDICIADO: JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ

PROCESO No. 760016099165202382888

DELITO: LESIONES PERSONALES CULPOSAS

**YENIFER GUEVARA BENAVIDES**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 31567067, en calidad de lesionado dentro del proceso de la referencia, mediante el presente escrito manifiesto a usted, que es mi voluntad libre y espontánea **DESISTIR** de toda acción penal o civil en en contra de **JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ** identificado con cédula de ciudadanía número 1144054865, por los hechos relacionados en el accidente de tránsito ocurrido el pasado 22 de septiembre 2023, en la Carrera 69 con calle 46 de la ciudad de Cali, acaeció un accidente de tránsito donde resulte lesionada, donde se vio involucrado el vehículo de placas **MJT152**, asegurado con EQUIDAD SEGUROS S.A., cuando era conducido por la señora **JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ**, que investiga su Despacho, como quiera que no es mi deseo continuar con el ejercicio de la acción penal. De igual manera desisto de toda acción penal, civil, administrativa o de cualquier índole, en contra de Seguros EQUIDAD SEGUROS S.A., el conductor y/o propietario del vehículo de placas **MJT152**

Para constancia de lo anterior firmo libre y voluntariamente

Cordialmente,

**YENIFER GUEVARA BENAVIDES**  
C.C No 31.567.067 CALI VALLE



19

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI

NOTARÍA  
Santiago de Cali

AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali, 2024-04-09 14:26:25

Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:

**GUEVARA BENAVIDES YENIFER**

a quien identifiqué con C.C. 31567067

Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie, es suya. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.



Cod. no2uo



14574-f698f1be

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

X  
COMPARECIENTE

ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA  
NOTARIA 19 DEL CÍRCULO DE CALI





SEÑORES

FISCAL No. 42 LOCAL DE LA CIUDAD DE CALI

E. S. D.



VENTANILLA UNICA DE CORRESPONDENCIA - CALI



CALI-42-LUCG - No. 20240060103592

Fecha Radicado: 2024-04-09 15:18:08

Anexos: SIN ANEXOS.

REF. DESISTIMIENTO DE LA ACCION PENAL

QUERELLANTE: YENIFER GUEVARA BENAVIDES

INDICIADO: JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ

PROCESO No. 760016099165202382888

DELITO: LESIONES PERSONALES CULPOSAS

**YENIFER GUEVARA BENAVIDES**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 31567067, en calidad de MADRE de la víctima directa **THIARA ISABELLA GUZMAN GUEVARA (MENOR)** identificada con tarjeta de identidad número 1.107.868.769, en calidad de lesionada dentro del proceso de la referencia, mediante el presente escrito manifiesto a usted, que es mi voluntad libre y espontánea **DESISTIR** de toda acción penal o civil en en contra de **JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ** identificado con cédula de ciudadanía número 1144054865, por los hechos relacionados en el accidente de tránsito ocurrido el pasado 22 de septiembre 2023, en la Carrera 69 con calle 46 de la ciudad de Cali, acaeció un accidente de tránsito donde resulto lesionada mi hija **THIARA ISABELLA GUZMAN GUEVARA**, donde se vio involucrado el vehículo de placas **MJT152**, asegurado con **EQUIDAD SEGUROS S.A.**, cuando era conducido por la señora **JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ**, que investiga su Despacho, como quiera que no es mi deseo continuar con el ejercicio de la acción penal. De igual manera desisto de toda acción penal, civil, administrativa o de cualquier índole, en contra de Seguros **EQUIDAD SEGUROS S.A.**, el conductor y/o propietario del vehículo de placas **MJT152**

Para constancia de lo anterior firmo libre y voluntariamente

Cordialmente,

**YENIFER GUEVARA BENAVIDES**  
C.C No 31.567.067 CALI VALLE



**19**  
**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI**  
**AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO**  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012  
Santiago de Cali

En Cali, 2024-04-09 14:26:28  
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:  
**GUEVARA BENAVIDES YENIFER**  
a quien identifiqué con **C.C. 31567067**  
Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie, es suya. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaonlinea.com](http://www.notariaonlinea.com) para verificar este documento.

**Cod. no2uv**  
  
  
14574-251e3c8f

X  
COMPARECIENTE 

  
**ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA**  
NOTARIA 19 DEL CÍRCULO DE CALI

**19**  
**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI**  
Santiago de Cali  
(la presente diligencia se surtió por solicitud reiterada y expresa del compareciente)



Señores:  
**EQUIDAD SEGUROS**  
En sus Despachos.



**REF. PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE PARA RECIBIR INDEMNIZACION A FAVOR DE YENIFER GUEVARA BENAVIDES Y THIARA ISABELLA GUZMAN GUEVARA EN LA CUENTA BANCARIA DEL SEÑOR FRANKLIN ENRIQUE GUZMAN ANGULO.**

**YENIFER GUEVARA BENAVIDES**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 31567067 actuando en nombre propio, y en representación de mi hija **THIARA ISABELLA GUZMAN GUEVARA** identificada con tarjeta de identidad 1.107.868.769, **AUTORIZO** al señor **FRANKLIN ENRIQUE GUZMAN ANGULO**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 14.679.483, de **RECIBIR** en su cuenta bancaria la indemnización de perjuicios otorgada por la compañía **EQUIDAD SEGUROS S.A**, producto de las lesiones sufridas en el accidente de transito el día 22 de septiembre 2023, cuando me trasportaba en mi motocicleta placas BKT 91D, cuando fue colisionado por el vehiculo de placas MJT152, la mencionada indemnización por el valor de **DOCE MILLONES DE PESOS (12.000.000) MCTE SOLICITO** a la compañía aseguradora realizar el deposito en la cuenta bancaria ahorros Bancolombia numero **06200004458** a nombre del señor **FRANKLIN ENRIQUE GUZMAN ANGULO**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 14.679.483.

Atentamente,

**YENIFER GUEVARA BENAVIDES**  
C.C. No 31567067 de Cali Valle

Acepto

**FRANKLIN ENRIQUE GUZMAN ANGULO**  
C.C. No 14.679.483 de Cali Valle




**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI**  
 NOTARÍA Santiago de Cali  
 AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO  
 PODER ESPECIAL  
 Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali, 2024-04-09 14:25:49  
 Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:  
**GUZMAN ANGULO FRANKLIN ENRIQUE**

a quien identifiqué con C.C. 14679483  
 Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie, es suya. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.

  
 Cod. neZt4  
  
 14574-4371b958

X   
 COMPARECIENTE

  
**ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA**  
 NOTARIA 19 DEL CÍRCULO DE CALI


**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI**  
 NOTARÍA Santiago de Cali  
 AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO  
 PODER ESPECIAL  
 Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali, 2024-04-09 14:26:14  
 Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:  
**GUEVARA BENAVIDES YENIFER**

a quien identifiqué con C.C. 31567067  
 Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie, es suya. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.

  
 Cod. neZu1  
  
 14574-92dadbc8

X   
 COMPARECIENTE

  
**ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA**  
 NOTARIA 19 DEL CÍRCULO DE CALI



*[Faint handwritten signature]*



Señores:  
**EQUIDAD SEGUROS**  
En sus Despachos.



**REF. PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE PARA RECIBIR INDEMNIZACION A FAVOR DE MI HIJA, A LA SEÑORA YENIFER GUEVARA BENAVIDES**

**FRANKLIN ENRIQUE GUZMAN ANGULO**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 14.679.483 actuando en nombre propio, y en representación de mi hija **THIARA ISABELLA GUZMAN GUEVARA** identificada con tarjeta de identidad 1.107.868.769 quien fue víctima del accidente de tránsito ocurrido el 22 de septiembre 2023, al ser cuando se trasportaba junto a su madre en una motocicleta de placas BKT 91D, cuando fue colisionado por el vehiculo de placas MJT152, automotor asegurado por su compañía, por medio de la presente, de manera libre y espontánea **CONFIERO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE**, a la progenitora (madre) de mi hija, la señora **YENIFER GUEVARA BENAVIDES**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 31567067, para **RECIBIR LA INDEMNIZACION** de los perjuicios materiales e inmateriales causados con el accidente de tránsito descrito, en favor de mi hija **THIARA ISABELLA GUZMAN GUEVARA** en consecuencia declaro plenamente indemnizados los perjuicios patrimoniales y extramatrimoniales por lo tanto desisto a cualquier acción civil, penal, administrativa en contra de la compañía aseguradora, del conductor y/ propietaria la señora de **JULY ANDREA JIMENEZ ARBELAEZ** identificado con cédula de ciudadanía número 1144054865

Atentamente,

**FRANKLIN ENRIQUE GUZMAN ANGULO**  
C.C. No 14.679.483 de Cali Valle

Acepto

**YENIFER GUEVARA BENAVIDES**  
C.C No 31.567.067 CALI VALLE



**19** REPÚBLICA DE COLOMBIA  
**NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI**  
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO  
PODER ESPECIAL  
Santiago de Cali  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali, 2024-04-09 14:25:45  
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:  
**GUZMAN ANGULO FRANKLIN ENRIQUE**

a quien identifiqué con C.C. 14879483  
Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie, es suya. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.



Cod. no2su



14574-27eab56d

X  
COMPARECIENTE

*Esther del Carmen Sanchez Medina*  
ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA  
NOTARIA 19 DEL CÍRCULO DE CALI

**19** REPÚBLICA DE COLOMBIA  
**NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI**  
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO  
PODER ESPECIAL  
Santiago de Cali  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali, 2024-04-09 14:26:40  
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta ciudad:  
**GUEVARA BENAVIDES YENIFER**

a quien identifiqué con C.C. 31567067  
Y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie, es suya. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.



Cod. ne2vd



14574-3b4ce24c

X  
COMPARECIENTE

*Esther del Carmen Sanchez Medina*  
ESTHER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA  
NOTARIA 19 DEL CÍRCULO DE CALI



	<b>AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA</b>
---	---

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input checked="" type="checkbox"/>	INTERMEDIA: <input type="checkbox"/>	OT: <input type="checkbox"/>	CUAL: _____
CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUAL: _____

**DATOS DE LA EMPRESA**

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

**INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL**

NOMBRES: <u>Yennifer</u>	PRIMER APELLIDO: <u>Guevara</u>	SEGUNDO APELLIDO: <u>Benavides</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: <u>CC 31567067</u>	NÚMERO: <u>31567067</u>	FECHA EXPEDICIÓN: <u>01 Marzo 1999</u>
DIRECCION: <u>Cra 85 D #55-100 Apto 308A</u>	CIUDAD: <u>Cali</u>	DEPARTAMENTO: <u>Valle</u>
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR: <u>3137431356</u>

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

**CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS**

NÚMERO DE CUENTA: <u>06200004458</u>	CORRIENTE: <input type="checkbox"/>	AHORROS: <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO: <u>07</u>
BANCO: <u>Bancodombia</u>	SUCURSAL: <u>San Nicolás</u>	CIUDAD: <u>Cali</u>	

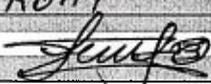
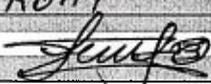
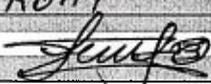
**RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS**

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: \_\_\_\_\_

En constancia se firma en: <u>Santiago de Cali</u> a los ( <u>9</u> ) del mes de <u>Abril</u> de _____		
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Firma del Representante Legal y Sello</td> <td style="width:50%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">  <u>31567067</u> Firma y Cédula Persona Natural                 </td> </tr> </table>	Firma del Representante Legal y Sello	 <u>31567067</u> Firma y Cédula Persona Natural
Firma del Representante Legal y Sello	 <u>31567067</u> Firma y Cédula Persona Natural	

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

Fecha Diligenciamiento: 09 - Abril - 2024 Ciudad: Cali Sucursal: Cali

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador [ ] Asegurado [ ] Beneficiario [ ] Afianzado [ ] Proveedor [ ] Intermediario [ ] Otro [ ]

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO:(INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado Familiar [ ] Comercial [ ] Laboral [ ] Otra [ ] Cual [ ]
Tomador-Beneficiario Familiar [ ] Comercial [ ] Laboral [ ] Otra [ ] Cual [ ]
Asegurado-Beneficiario Familiar [ ] Comercial [ ] Laboral [ ] Otra [ ] Cual [ ]

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Guevara SEGUNDO APELLIDO: Benavides NOMBRES: Yennifer
TIPO DE DOCUMENTO: CC NÚMERO: 31567067 FECHA DE EXPEDICIÓN: 01 Mar 1999 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cali
FECHA DE NACIMIENTO: 07-07-1980 LUGAR DE NACIMIENTO: Cali NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2:
E-MAIL: buenavida.negocios@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Cra 85 D #55-100 CIUDAD: Cali
DEPARTAMENTO: Valle del Cauca TELÉFONO: 6023955068 CELULAR: 3137431356
SECTOR: Ventas CIUU (cod): 4759 TIPO DE ACTIVIDAD: Comercio ¿Cual?: Ventas
OCUPACIÓN: Empleada CARGO: Asesora Comercial EMPRESA DONDE TRABAJA: Distribuidores y Partes
CIUDAD: Cali DIRECCIÓN (Oficina): Cra 20 # 13-67 DEPARTAMENTO: Valle del Cauca
TELÉFONO (Oficina): 5142828 ACTIVIDAD SECUNDARIA: CIUU (cod):

¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciales):
INGRESOS MENSUALES (Pesos) \$1.300.000 GROSOS MENSUALES (Pesos) \$1.300.000
ACTIVOS (Pesos) 500.000 PASIVO (Pesos) 00
PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) 00 OTROS INGRESOS (Pesos) 00

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES
¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página) SI [ ] NO [x]
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI [ ] NO [x]

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI [ ] NO [x]

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI [ ] NO [x] Indique:

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

- Declaro expresamente que:
1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Salario

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI [ ] NO [ ] CUAL [ ]
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI [ ] NO [ ] ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI [ ] NO [x]

Table with 7 columns: TIPO DE PRODUCTO, IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO, ENTIDAD, MONTO, CIUDAD, PAIS, MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y 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 de importantes partidos políticos.

#### 4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI  NO

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RESULTADO

#### DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

#### 5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

##### Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
  - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
  - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
  - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
  - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
  - e. El control y la prevención del fraude.
  - f. La liquidación y pago de siniestros.
  - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
  - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
  - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
  - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
  - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
  - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
  - m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
  - n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
  - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
  - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
  - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
  - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
  - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop).
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

#### ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop)

**6. FIRMA Y HUELLA**

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

**7. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

Lugar de la Entrevista: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la Entrevista: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Hora de la Entrevista: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Intermediario: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asesor: \_\_\_\_\_  
 Resultados de la Entrevista: APROBADO  RECHAZADO   
 Firma: \_\_\_\_\_

**8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Fecha de Verificación: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Hora de Confirmación: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Cargo de Quien Verifica: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

**ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE**

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo/Relación	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

\*Vínculo/Relación

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

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.567.067**

**GUEVARA BENAVIDES**  
APELLIDOS

**YENIFER**  
NOMBRES



*[Handwritten signature]*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-JUL-1980**  
**CALI**  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.69** **A+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-MAR-1999 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten signature]*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMAGRETRIZ RENGIFO LOPEZ



A-3100104-65151172-F-0031567067-20060913

06314 06256A 02 213755021

		<b>AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA</b>	
---	--	---	--

TIPO DE VINCULACIÓN:	PROVEEDOR: <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/>	INTERMEDIA: <input type="checkbox"/>	OT: <input type="checkbox"/>	CUAL: _____
CONCEPTO DE PAGO:	DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUAL: _____

**DATOS DE LA EMPRESA**

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

**INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL**

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

**CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS**

NÚMERO DE CUENTA	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	SUCURSAL	CIUDAD	

**RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS**

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

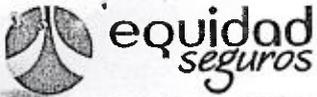
Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: \_\_\_\_\_

En constancia se firma en: Santiago de Cali a los ( 9 ) del mes de Abril de 2004.

Firma del Representante Legal y Sello \_\_\_\_\_  
 Firma y Cédula Persona Natural [Firma] 14679483

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

Fecha Diligenciamiento: 09-Abril 2024 Ciudad: Cali Sucursal: Cali

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador [ ] Asegurado [ ] Beneficiario [ ] Afianzado [ ] Proveedor [ ] Intermediario [ ] Otro [ ]

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado Familiar [ ] Comercial [ ] Laboral [ ] Otra [ ] Cual [ ]
Tomador-Beneficiario Familiar [ ] Comercial [ ] Laboral [ ] Otra [ ] Cual [ ]
Asegurado-Beneficiario Familiar [ ] Comercial [ ] Laboral [ ] Otra [ ] Cual [ ]

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Guzman SEGUNDO APELLIDO: Angulo NOMBRES: Franklin Enrique
TIPO DE DOCUMENTO: CC NÚMERO: 14679483 FECHA DE EXPEDICIÓN: 08-Abril 2003 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cali
FECHA DE NACIMIENTO: 24-Marzo 1985 LUGAR DE NACIMIENTO: Bogotá NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2:
E-MAIL: frankguzman5378@hotmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Cra 85 D #55-100 Apt 308A CIUDAD: Cali
DEPARTAMENTO: Valle del Cauca TELÉFONO: CELULAR: 315 7366927
SECTOR: Industrial CIU (cod): 7490 TIPO DE ACTIVIDAD: Industrial ¿Cual?: Mantenimiento
OCUPACIÓN: Empleado CARGO: Técnico Mant Industrial EMPRESA DONDE TRABAJA: OMEGA ingeniería
CIUDAD: Cali DIRECCIÓN (Oficina): Cra 3 # 22-43 DEPARTAMENTO: Valle
TELÉFONO (Oficina): ACTIVIDAD SECUNDARIA: CIU (cod):

¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes):
INGRESOS MENSUALES (Pesos) \$1.500.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) \$1.500.000
ACTIVOS (Pesos) 800.000 PASIVO (Pesos) 2.000.000
PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) 3.000.000 OTROS INGRESOS (Pesos) 00
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página) SI [ ] NO [x]
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI [ ] NO [x]

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI [ ] NO [x]

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI [ ] NO [x] indique:

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:
1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Salario

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI [ ] NO [x] CUAL
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI [ ] NO [x] ¿POSEE CUENTAS EN MÓNEDA EXTRANJERA? SI [ ] NO [x]

Table with 7 columns: TIPO DE PRODUCTO, IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO, ENTIDAD, MONTO, CIUDAD, PAIS, MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y 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 de importantes partidos políticos.

#### 4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI  NO

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RESULTADO

#### DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

#### 5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

##### Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
  - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
  - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
  - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
  - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
  - e. El control y la prevención del fraude.
  - f. La liquidación y pago de siniestros.
  - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
  - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
  - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
  - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
  - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
  - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
  - m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
  - n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
  - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
  - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
  - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
  - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
  - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar la informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop).
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

#### ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop)

**6. FIRMA Y HUELLA**

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

**7. INFORMACION ENTREVISTA**

Lugar de la Entrevista: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la Entrevista: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Hora de la Entrevista: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Intermediario: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asesor: \_\_\_\_\_  
 Resultados de la Entrevista: APROBADO  RECHAZADO   
 Firma: \_\_\_\_\_

**8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Fecha de Verificación: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Hora de Confirmación: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Cargo de Quien Verifica: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

**ANEXO I - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE**

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo/Relación*	Nombre	tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

\*Vínculo/Relación

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **14.679.483**

**GUZMAN ANGULO**

APELLIDOS

**FRANKLIN ENRIQUE**

NOMBRES

  
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-MAR-1985**

**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

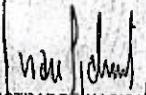
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.77**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**08-ABR-2003 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-3100150-00878424-M-0014679483-20170119 0053163136A 3 2824250633

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL


**AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**

 TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR  BENEFICIARIO  INTERMEDIA  OT  CUAL: \_\_\_\_\_

 CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA  INDEMNIZACIÓN  PRESTACIÓN DE SERVICIO  CUAL: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA EMPRESA**

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

**INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL**

NOMBRES <b>Daniel</b>	PRIMER APELLIDO <b>Escobar</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>Barriga</b>
TIPO DE IDENTIFICACION <b>Cedula</b>	NÚMERO <b>1144193728</b>	FECHA EXPEDICION <b>8/1/2014</b>
DIRECCION: <b>Cll 66 #1-30</b>	CIUDAD: <b>Cali</b>	DEPARTAMENTO: <b>Valle</b>
TELEFONOS: <b>3023735769</b>	FAX:	CELULAR: <b>3178830189</b>

 Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta: **Davivienda Ahorros 488415402848**
**CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS**

NÚMERO DE CUENTA <b>488415402848</b>	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO <b>1051</b>
BANCO <b>Davivienda</b>	SUCURSAL <b>Cali</b>	CIUDAD <b>Cali</b>

**RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS**

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

 Email: **danielesco17@hotmail.com**

 En constancia se firma en: **Santiago de Cali** a los **19** del mes de **Abril** de **2024**.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

**CC 1144193728**

Fecha Diligenciamiento: 9 de Abril 2024 Ciudad: Cali Sucursal: Cali

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

**CLASE DE VINCULACIÓN:** Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Proveedor  Intermediario  Otro

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

<b>Tomador-Asegurado</b>	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
<b>Tomador-Beneficiario</b>	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____
<b>Asegurado-Beneficiario</b>	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____

**1. INFORMACIÓN BÁSICA**

PRIMER APELLIDO: Escobar SEGUNDO APELLIDO: Barriga NOMBRES: Daniel  
 TIPO DE DOCUMENTO: CC NÚMERO: 1144193728 FECHA DE EXPEDICIÓN: 8/4/14 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cali - Valle  
 FECHA DE NACIMIENTO: 9/2/96 LUGAR DE NACIMIENTO: Cali NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: \_\_\_\_\_  
 E-MAIL: daniel17@hotmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Cl 66 H1-30 CIUDAD: Cali  
 DEPARTAMENTO: Valle del Cauca TELÉFONO: 6024464919 CELULAR: 3178830189  
 SECTOR: Servicios Jurídicos (cod): 7499 TIPO DE ACTIVIDAD: Abogacía ¿Cual?: Litigante  
 OCUPACIÓN: Abogado CARGO: \_\_\_\_\_ EMPRESA DONDE TRABAJA: Independiente  
 CIUDAD: Cali DIRECCIÓN (Oficina): Cl 12 H3 A2 DEPARTAMENTO: Valle del Cauca  
 TELÉFONO (Oficina): 6024464919 ACTIVIDAD SECUNDARIA: \_\_\_\_\_ CIU (cod): \_\_\_\_\_  
 ¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): Servicios Jurídicos  
 INGRESOS MENSUALES (Pesos) 2.000.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) 1.500.000  
 ACTIVOS (Pesos) 4.000.000 PASIVO (Pesos) 1.000.000  
 PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) 3.000.000 OTROS INGRESOS (Pesos) 00  
 CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES \_\_\_\_\_

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	--

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? SI  NO  Indique: \_\_\_\_\_

**2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Mi actividad Profesional de abogado

**3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO  CUAL \_\_\_\_\_  
 ¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI  NO  ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

**Persona Expuesta Públicamente (PEP):** i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y 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 de importantes partidos políticos.

#### 4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI  NO

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RESULTADO

#### DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%

- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

#### 5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

##### Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
  - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
  - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
  - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
  - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
  - e. El control y la prevención del fraude.
  - f. La liquidación y pago de siniestros.
  - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
  - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
  - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
  - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
  - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
  - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
  - m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
  - n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
  - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
  - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
  - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
  - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
  - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop).
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

#### ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop)

**6. FIRMA Y HUELLA**

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

**7. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

Lugar de la Entrevista: \_\_\_\_\_

Fecha de la Entrevista: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Hora de la Entrevista: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del Intermediario: \_\_\_\_\_

Nombre del Asesor: \_\_\_\_\_

Resultados de la Entrevista: APROBADO  RECHAZADO

Firma: \_\_\_\_\_

**8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Fecha de Verificación: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Hora de Confirmación: \_\_\_\_\_

Nombre y Cargo de Quien Verifica: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

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

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo/Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

\*Vínculo/Relación

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

# Certificación Bancaria

Lunes, 08 de abril de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que FRANKLIN ENRIQUE GUZMAN ANGULO identificado(a) con CC 14679483, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	06200004458	2023-10-31	ACTIVO	*****

**\*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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto 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.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospechoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospechoso@bancolombia.com.co)



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICADO

**SANTIAGO DE  
CALI, VALLE,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**18/03/2024**

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **DANIEL ESCOBAR BARRIGA** con **Cédula de Ciudadanía número 1144193728**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número	<b>488415402848</b>
Fecha de apertura	<b>27/07/2020</b>

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**





REPUBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA  
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:  
DANIEL

PRESIDENTE COMITÉ  
SUPERIOR DE LA JUDICATURA

APELLIDOS:  
ESCOBAR BARRIGA

MAX ALEJANDRO FLOREZ BORGUEZ

UNIVERSIDAD  
COOP. DE COL. CALI

FECHA DE GRADO  
06/12/2019

CONSEJO SECCIONAL  
VALLE

CENIAA  
1144193728

FECHA DE EMISIÓN  
07/01/2020

TARJETA N°  
339661

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.107.868.769**  
**GUZMAN GUEVARA**

APELLIDOS  
**THIARA ISABELLA**

NOMBRES

Thiara Isabella

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-2012**

**CALI**  
**(VALLE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

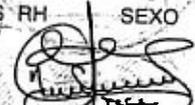
**29-DIC-2030**

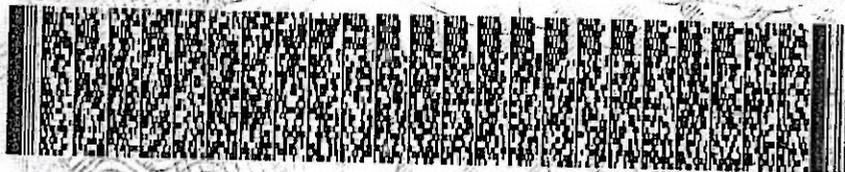
FECHA DE VENCIMIENTO

**27-ABR-2021 CALI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**O+** **F**  
G S RH SEXO

  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-3100100-01257201-F-1107868769-20210923

0075678217A 3

8501955620