



SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN

Código: F-SO-03

Versión: 01

Fecha de inicio: 2023-08-01

Señores:			Fecha Radicado	<input type="text"/>
<b>CENTRO NACIONAL DE CONCILIACIÓN DEL TRANSPORTE</b>			Expediente No	<input type="text"/>
BOGOTA	CALI	BARRANQUILLA	N° De Vehículos	
MEDELLIN				<input type="text"/>
Nombre:			Identificado con C.C. No.	<input type="text"/>
En calidad de			del vehículo de placas	<input type="text"/>

Me dirijo a ustedes a fin de solicitar respetuosamente la asignación de fecha, hora y conciliador para celebrar audiencia de conciliación para lo cual manifiesto los siguientes:

HECHOS

El día \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_ en la (Dirección) \_\_\_\_\_ se presentó un choque entre los vehículos de placas \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_ Inmueble \_\_\_ semoviente \_\_\_ Otros \_\_\_

PETICIONES

CUANTÍA

ANEXOS

C O N V O C A N T E	<b>CONDUCTOR:</b>				
	Nombre y apellido			Identificación	<input type="text"/>
	Dirección			Municipio	<input type="text"/>
	Teléfono:			E-mail	<input type="text"/>
	Póliza: R.C.E/ T.R. No			Aseguradora	<input type="text"/>
	Placas <input type="text"/>				
	<b>PROPIETARIO:</b>				
	Nombre y apellido			Identificación	<input type="text"/>
	Dirección			Municipio	<input type="text"/>
	Teléfono:			E-mail	<input type="text"/>
	<b>OTROS:</b>				
	Nombre y apellido			Identificación	<input type="text"/>
Dirección			Municipio	<input type="text"/>	
Teléfono:			E-mail	<input type="text"/>	

C O N V O C A N T E	<b>CONDUCTOR:</b>				
	Nombre y apellido			Identificación	<input type="text"/>
	Dirección			Municipio	<input type="text"/>
	Teléfono:			E-mail	<input type="text"/>
	Póliza: R.C.E/ T.R. No			Aseguradora	<input type="text"/>
	Placas <input type="text"/>				
	<b>PROPIETARIO:</b>				
	Nombre y apellido			Identificación	<input type="text"/>
	Dirección			Municipio	<input type="text"/>
	Teléfono:			E-mail	<input type="text"/>
	<b>OTROS:</b>				
	Nombre y apellido			Identificación	<input type="text"/>
Dirección			Municipio	<input type="text"/>	
Teléfono:			E-mail	<input type="text"/>	

LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN SE REALIZARÁ EL	AAAA	MM	DD	A LAS	A.M.	P.M
DÍA						

CON EL ABOGADO CONCILIADOR DR.(A) \_\_\_\_\_ CON LA SALA \_\_\_ **Virtual** \_\_\_ **Mixta** \_\_\_ **Presencial** \_\_\_

FIRMA SOLICITANTE \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ . Certifico que cuento con los medios para el desarrollo de la misma.

Señor usuario su solicitud es radicada para estudio por parte el conciliador designado, por lo tanto le sugerimos consultar el estado de admisión o inadmisión de la misma a través de nuestro sitio web [www.cnc.com.co](http://www.cnc.com.co), 24 horas después de su radicación, la fecha aquí descrita es provisional y se encuentra sujeta a la admisión de la solicitud. Así mismo le informamos que los datos aquí suministrados sólo serán utilizados para los fines derivados del trámite conciliatorio. **"Artículo. 4 Par. 1 . Ley 2220/2022"**

Fecha del servicio: 24/10/23

Expediente No: 202310240942001 Placa Asegurada: MOV 856  
Fecha del siniestro: 24/10/23 Dirección: Cra 43F CI 16A.  
Departamento: Antioquia Ciudad: Medellín.

INFORMACIÓN DE LA ASISTENCIA

1. Gravedad del accidente:	Solo daños	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesiones	<input checked="" type="checkbox"/>	Fallecido	<input type="checkbox"/>
2. Daños materiales: (marque con X)	Choque entre vehículos	<input checked="" type="checkbox"/>	Choque con animal	<input type="checkbox"/>	Choque con objeto	<input type="checkbox"/>
	Choque con inmueble	<input type="checkbox"/>	Choque con mueble	<input type="checkbox"/>		
	2. Intervino Autoridad de Tránsito: (marque X)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3. Se realizó IPAT (marque con X)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	
	4. Vehículo asegurado quedó retenido: Si ( ) No (X)	5. Se generó audiencia contravencional: Si ( ) No (X)				
6. Concepto de Responsabilidad: (marque con X)	Responsabilidad del Asegurado	<input type="checkbox"/>	Responsabilidad del tercero	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Culpa compartida de los conductores	<input type="checkbox"/>	Fuerza mayor o caso fortuito	<input type="checkbox"/>		
	RC no Clara	<input type="checkbox"/>				
	7. Generó reclamación en MACA: (marque X)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	
	8. Informó el caso a MISI: (marque con X)	MISI Informativo	<input checked="" type="checkbox"/>	MISI Gestión	<input type="checkbox"/>	

9. VEHÍCULOS INVOLUCRADOS

VEHÍCULO 1 (ASEGURADO)

Nombre del conductor: Valentina Gomez Cardona  
 Tipo de Identificación: TI CC X CE PAS  
 No. 1152.449.559.  
 Celular: 3004613329. Teléfono:  
 Dirección: CI 26 # 45-106.  
 Correo electrónico: Valeng265@hotmail.com.  
 Nombre propietario matricula: Juan Camilo Arango

VEHÍCULO 2

Nombre del conductor: Julieth Alexandra Castillon Arboleda  
 Tipo de Identificación: TI CC A CE PAS  
 No. 1.193.498.718  
 Celular: 3133461107 Teléfono: 314 611 3217 (ALEXIS)  
 Dirección: Cra 25 # 10-327  
 Correo electrónico: julieth.castillon423@gmail.com  
 Nombre propietario matricula: Equidad.  
 Aseguradora:  
 No. Poliza:

con 100 tejidos blandos  
glúteo y miembro inferior  
derecho, Abrazo en man  
quintabedo mano  
derecha.

VEHÍCULO 3

Nombre del conductor:  
 Tipo de Identificación: TI CC CE PAS  
 No. Teléfono:  
 Celular:  
 Dirección:  
 Correo electrónico:  
 Nombre propietario matricula:  
 Aseguradora:  
 No. Poliza:

10. VERSIÓN DE LOS CONDUCTORES INVOLUCRADOS:

CONDUCTOR ASEGURADO (1) yo transitaba por la cr 43F sentido norte sur por el carril derecho, via dos carriles doble sentido, pare para girar a la izquierda en la calle 16a y una moto me adelanto y golpeo mi vehículo.

CONDUCTOR VEHÍCULO (2) yo venia por el carril y cuando llegue a la esquina el carro no puso direccional cuando el carro fue a girar no pude maniobrar

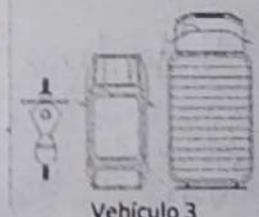
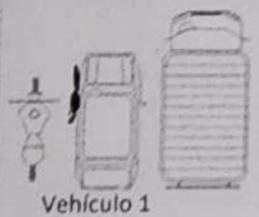
CONDUCTOR VEHÍCULO (3)

11. PRUEBAS DEL ACCIDENTE

Fotos	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Videos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
Testigos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>

Información adicional:

12. PUNTOS DE IMPACTO VEHÍCULOS



13. FIRMAS CONDUCTORES INVOLUCRADOS

Valentino Gómez  
1152447554

Conductor 1 (asegurado)

Julieth Castellón  
1193713718

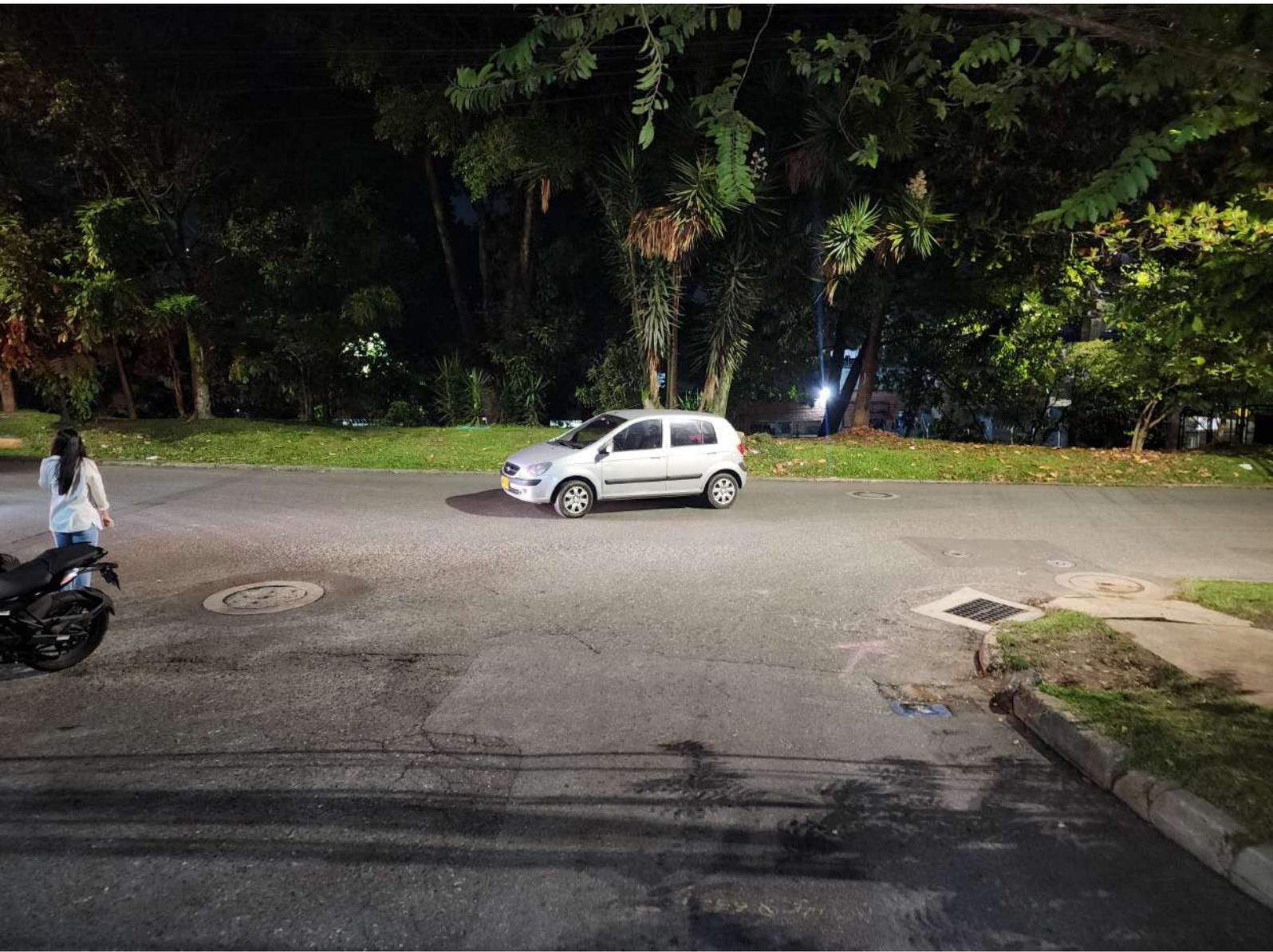
Conductor 2

Conductor 3

14. ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Conductor que acepta responsabilidad:

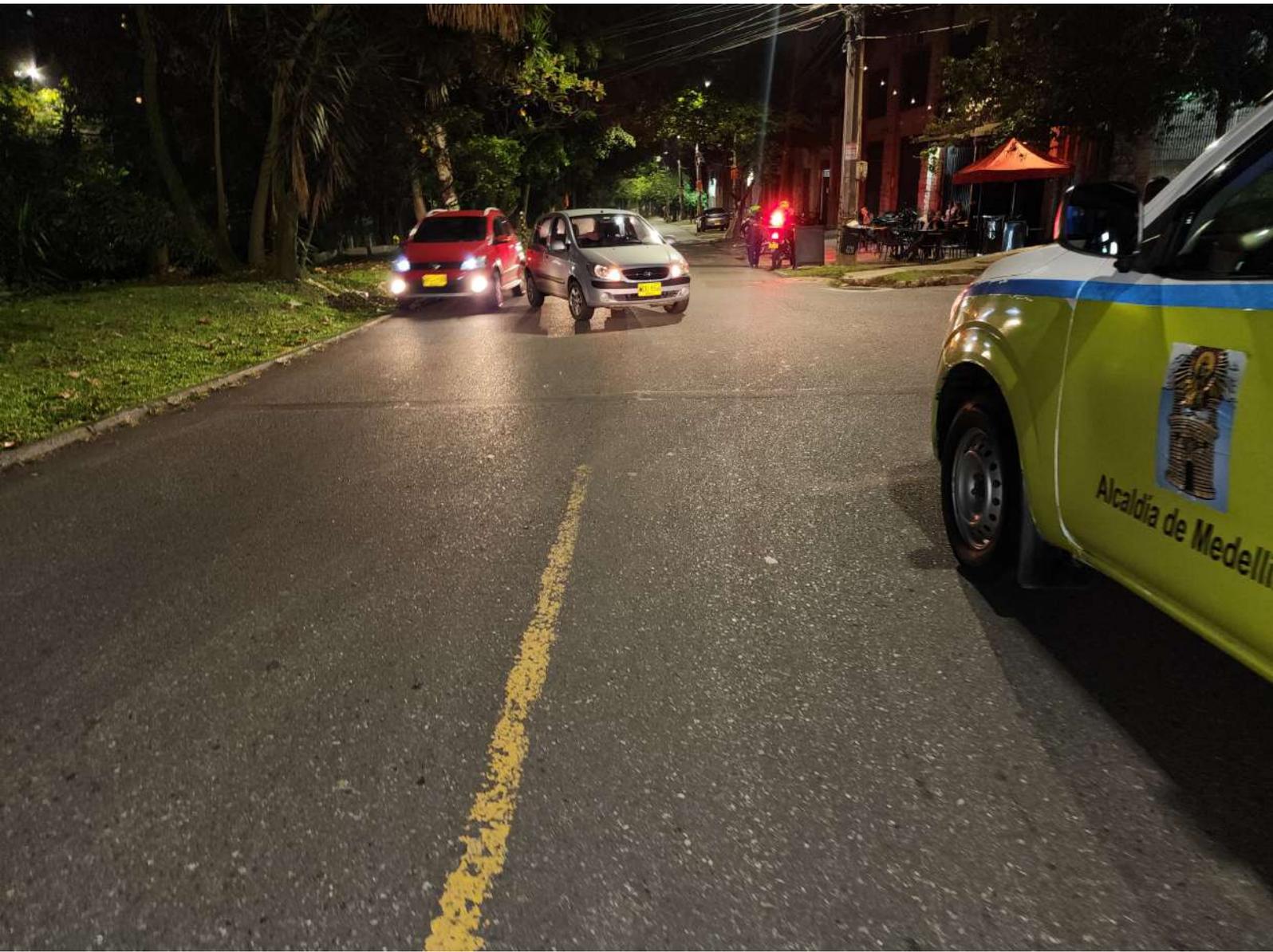
Firma Julieth Castellón  
Nombre Julieth Alexandra Castellón  
Conductor No. # 2

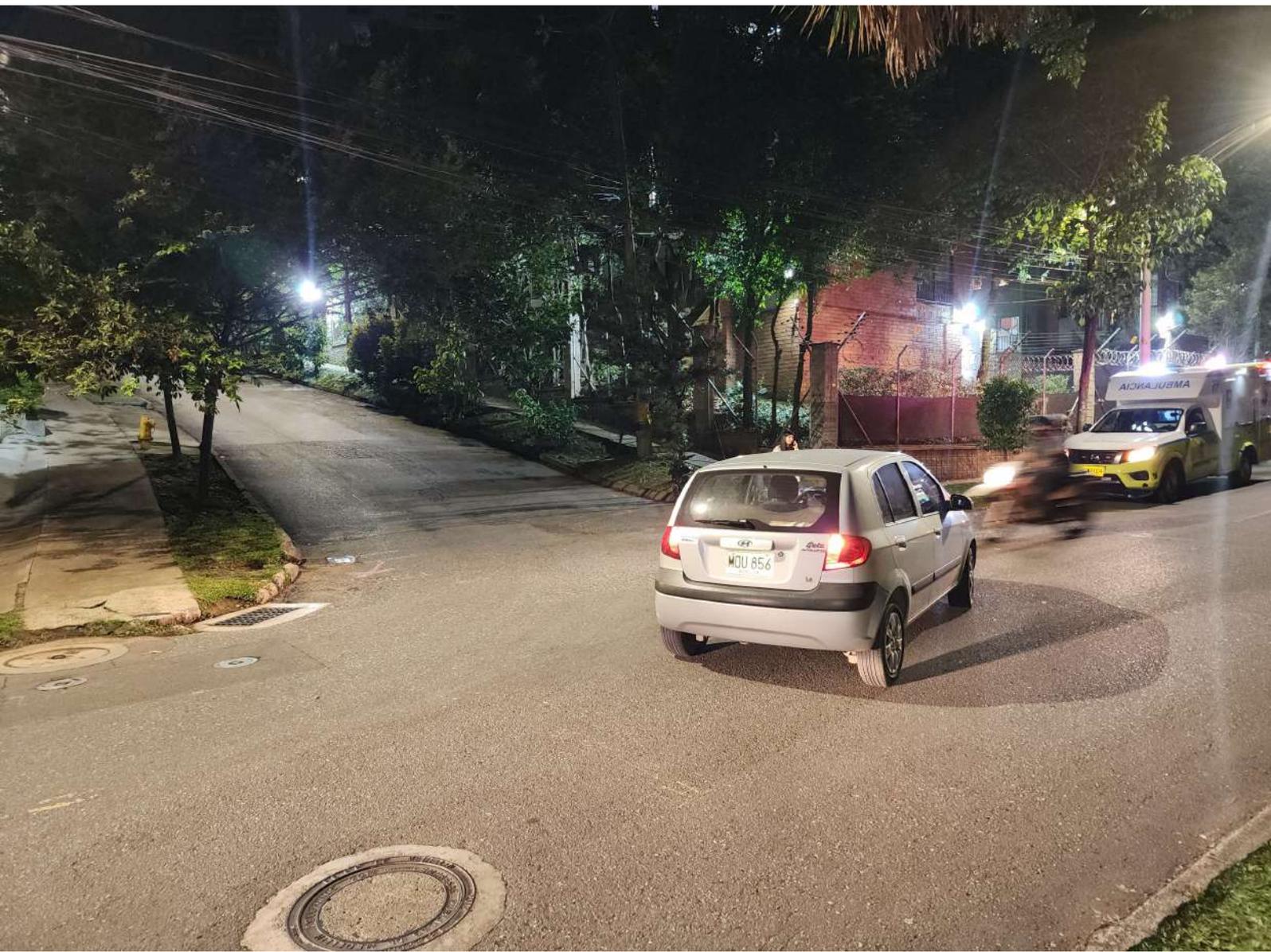


















Fecha del servicio

Expediente No: 2023 1024 0942001

Fecha del siniestro: 24/10/23

Placa Asegurada

Departamento: Antioquia

Dirección: Cr 43F

Ciudad: Medel

INFORMACIÓN DE LA ASISTENCIA

1. Gravedad del accidente:

Solo de

Falleció

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE TRANSPORTE**  
**LICENCIA DE CONDUCCIÓN**  
 No. 1193418718



Libertad y Orden

NOMBRE  
**JULIETH A. CASTRILLON ARBOLEDA**

FECHA DE NACIMIENTO  
 23-04-1997

FECHA DE EXPEDICION  
 25-11-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR  
**CONducIR CON LENTES**

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR  
**STRIA TTEYTTO MCPAL SANTA FE ANTIOQUIA**



SANGRE: RH  
 A-



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027159460

PLACA <b>IVP91G</b>	MARCA <b>YAMAHA</b>	LÍNEA <b>GPD155-A (NMAX155)</b>	MODELO <b>2023</b>
CILINDRADA CC <b>155</b>	COLOR <b>NEGRO MATE</b>	SERVICIO <b>PARTICULAR</b>	
CLASE DE VEHÍCULO <b>MOTOCICLETA</b>	TIPO CARROCERÍA <b>SIN CARROCERÍA</b>	COMBUSTIBLE <b>GASOLINA</b>	CAPACIDAD Kg:PSJ <b>2</b>
NÚMERO DE MOTOR <b>G3L8E1168786</b>	REG <b>N</b>	VIN <b>9FKSG6713P2168786</b>	
NÚMERO DE SERIE <b>*****</b>	REG <b>N</b>	NÚMERO DE CHASIS <b>9FKSG6713P2168786</b>	REG <b>N</b>

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)  
**CORPORACION PARA EL DESARROLLO AMI**

IDENTIFICACIÓN  
**NIT 900660757**

2. Daño (X)

2. Inter

3. Se rea

4. Vehículo retenido: Si ( ) No ( )

6. Concepto (marque r

7. Generó

8. Informó con X)

VEHÍCULO 1

Nombre del c

tipo de identi

lo.

elular:

dirección:

correo electrónico:

nombre propietario matricula:

VEHÍCULO 2

2009613329. Teléfono:

C126 #45-106.

Juan Valeng 2.65@hotmail.com  
Camilo

P-0100100-00200294-M-1017194693-20091127  
001837794A 1 2009090



REGISTRO NACIONAL  
CÓDIGO PARA PASAPORTE: 00000000

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION  
**29-AGO-2009 MEDELLIN**

ESTATURA: **1.77**  
G. S. RH: **B+**  
SEXO: **M**

LUGAR DE NACIMIENTO  
**MEDELLIN (ANTIOQUIA)**

FECHA DE NACIMIENTO  
**02-AGO-1991**



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NÚMERO **1.017.194.693**  
**ARANGO RESTREPO**

APELLIDO  
**JUAN CAMILO**

NOMBRE  
*Juan Camilo Arango R.*

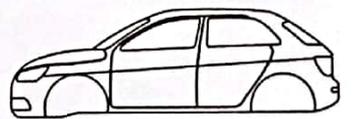
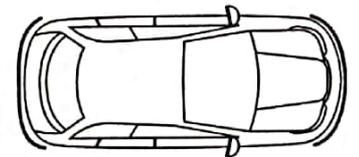
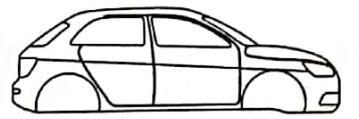


**INFORMACIÓN**  
 Nombre: Valentina Gómez  
 CC o Nit: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Marca vehículo: Ayuda Getz Modelo: 2011

Fecha: 26-10-2023  
 Teléfono: 3004613329  
 Color: Bl's  
 Placa: MOU856

**Trabajo a realizar**      **Valor**      **Trabajo a realizar**      **Valor**      **Estado del Vehículo**

Bomper Del.		Bomper Tras.	
Guardabarro Del. Izq.	RP	Guardabarro Del. Der.	
Puerta Del. Izq.	RP	Puerta Del. Der.	
Puerta Tras. Izq.		Puerta Tras. Der.	
Nave Tras. Izq.		Nave Tras. Der.	
Estribo Izq.	RP	Estribo Der.	
Tapa Motor		Capota	
Faldón		Tapamaleta	
Farola Izq.		Farola Der.	
Exploradora Izq.		Exploradora Der.	
Direccional Izq.		Direccional Der.	
Persiana		Rines	
Retrovisor Izq.		Retrovisor Der.	
Restauración Pintura		Brillada General	



**OTROS**      **(C) CAMBIAR**      **(R) REPARAR**      **(P) PINTAR**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma Cliente \_\_\_\_\_

Tel.: (604) 301 85 81 314 620 37 13  
 Cl. 30 N. 44-54 · armotrix@une.net.co  
 Medellín - Colombia

Sub Total \$350.000 + IVA  
 IVA \_\_\_\_\_  
 TOTAL \_\_\_\_\_



Medellin, 08 de noviembre de 2023

Señores,

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

<b>Asegurado:</b>	MARIA VICTORIA ARANGO ALVAREZ
<b>Cédula:</b>	42968497
<b>Póliza:</b>	040006757212
<b>Vehículo de Marca:</b>	HYUNDAI
<b>Placas:</b>	MOU856

**Referencia:** Certificado de No reclamación por parte del asegurado

Por medio de la presente informamos que el asegurado MARIA VICTORIA ARANGO ALVAREZ no ha hecho ninguna reclamación ante la Compañía **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, por el accidente ocurrido el pasado 24 de octubre de 2023.

Se expide certificación a petición del Asegurado.

Cordial saludo,

Somos SURA, seguros, tendencias y riesgos

Asegúrate de Vivir

Línea de Atención 01 8000 51 8888

[www.segurossura.com.co](http://www.segurossura.com.co)

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.968.497**

**ARANGO ALVAREZ**  
APELLIDOS

**MARIA VICTORIA**  
NOMBRES



*Maria Victoria Arango Alvarez*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1954**

**MEDELLIN**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**02-JUL-1977 MEDELLIN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almabeatriz Rengifo Lopez*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-0100100-14144517-F-0042968497-20060404

03837 06094A 02 190080192



Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10008122360

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
MOU856	HYUNDAI	GETZ GL	2011
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
1.599	PLATA	PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
AUTOMOVIL	HATCH BACK	GASOLINA	4
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
G4EDA539213	N	KMHBT51BBBU971593	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
KMHBT51BBBU971593	N	KMHBT51BBBU971593	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

ARANGO ALVAREZ MARIA VICTORIA Y OTRO(S)

IDENTIFICACIÓN

C.C. 42968497

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

I/E FECHA IMPORT.

PUERTAS

352010000041323

I 17/03/2010

4

LIMITACION A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

FECHA VENCIMIENTO

19/04/2010

23/09/2014

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA DE TTOYTTE MEDELLIN

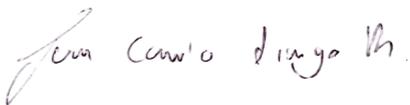


LT02002669578

Fecha:14/11/2023

**Asunto:** Otorgamiento de poder

Yo, Juan Camilo Arango Restrepo identificado con cédula de ciudadanía No. 1017194693, propietario del vehículo de placas MOU 856, autorizo a la señora Maria Victoria Arango Alvarez con cédula de ciudadanía, también propietaria del mismo vehículo a presentar reclamación por daños en accidente de tránsito, el día 24/10/2023.



Firma  
cc. 1017194693

**CRISTINA MARIA SIERRA PARRA**

ABOGADA

**PODER ESPECIAL PARA COBRAR**



**REFERENCIA: OTORGAMIENTO DE PODER**

**MARIA VICTORIA ARANGO ALVAREZ**, mayor de edad e identificada como al pie de mi correspondiente firma, en mi calidad de propietaria del vehículo de placas MOU856 **CONFIERO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a **CRISTINA MARIA SIERRA PARRA**, abogada titulada y en ejercicio, identificada con Cédula de Ciudadanía N° 42.775.670 de Itagüí y Tarjeta Profesional N°174.784 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para presentar reclamación ante usted por los daños ocasionados al vehículo de placas MOU856, con ocasión del accidente de tránsito presentado el día 24 de Octubre de 2023, entre los vehículos de placas MOU856 y IVP91G.

Mi apoderada tiene las facultades de presentar reclamación, aceptar, desistir, conciliar, transar y demás facultades inherentes al mandato conferido. Y FACULTAD EXPRESA PARA CITAR A AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL.

Cordialmente,  
*Maria Victoria Arango Alvarez*  
*Maria Victoria Arango Alvarez*  
**MARIA VICTORIA ARANGO ALVAREZ**  
C.C.42.968497

Acepto poder  
*Cristina Maria Sierra Parra*  
**CRISTINA MARIA SIERRA PARRA**  
C.C.42.775.670  
T.P.174.784 del C S de la J

[crismasierra@hotmail.com](mailto:crismasierra@hotmail.com)

Cel 3113087080



**NOTARÍA ONCE (11) DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN**

**NOTARÍA 11**  
DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN

**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO Y FIRMA**

Verificación Biométrica Decreto-Ley 19 de 2012

En la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el 2023-11-17 07:40:10

Ante la suscrita Notaria Once (11) del Círculo de Medellín Compareció: ARANGO ALVAREZ MARIA VICTORIA C.C. 42968497, quien solicitó el servicio



kt0ti



y declaró: Que el contenido del anterior documento es cierto y que la firma que lo autoriza fue puesta por él. 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. PODER ESPECIAL En constancia firma.

*Arango Alvarez Maria Victoria*  
FIRMA

*Beatriz Elena Castaño Alzate*

NOTARIA ONCE (11) DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN  
BEATRIZ ELENA CASTAÑO ALZATE



*Arango*

**ESPACIO EN BLANCO**

**ESPACIO EN BLANCO**

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA
AÑO   MES   DÍA	DESDE LAS 00 HORAS DEL
2023 04 11	AÑO   MES   DÍA
	2023 04 17
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	AÑO   MES   DÍA
	2024 04 16



ASEGURADORA

sura

890.903.407 - 9

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO	
33241614	MOU856	AUTOMOVIL	PARTICULAR	1599	2011	
PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO		CARROCERÍA		
4	HYUNDAI	GETZ GL				
No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.			
G4EDA539213	KMHBT51BBBU971593	KMHBT51BBBU971593	0.0			
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR	
JUAN CAMILO ARANGO RESTREPO			CEDULA	1017194693		
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN		
AT1318	4034	1506				
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
522	\$ 409,200	\$ 212,700	\$ 2,100	A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	<b>263,13<sup>1</sup></b> <b>701,68<sup>2</sup></b>	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
TOTAL A PAGAR \$ 624,000				B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	<b>8,77</b>	
FIRMA AUTORIZADA				C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA <b>180</b>	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
Ana Gaviria G				D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	<b>750</b>	

<sup>1</sup>Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920.  
Decreto 2644 de 2022.

<sup>2</sup>Para las demás tarifas no citadas en (1).



#### Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

#### En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

#### Texto habeas data

"Autorizo a SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, que es un dato sensible, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con proveedores, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos; para las demás contempladas en la política de privacidad.

Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 800051888. Para conocer las políticas de privacidad visite [www.segurossura.com.co](http://www.segurossura.com.co)"