

Cali 29-05-2024

G. FERRERA & ASOCIADOS

29 MAY 2024

FEJUELO  
NO IMPLICA ADELANTADO

Señores

**EQUIDAD SEGUROS**

L.C.

Atentamente,

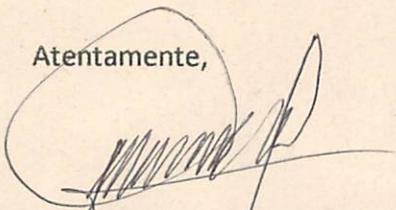
Asunto: Remision de documentos siniestro vehiculo CF1685

Por medio de la presente, hago entrega de documentos requeridos por EQUIDAD SEGUROS, para continuar el trámite de la audiencia del 06 de Mayo de 2024, en la cual se llega a la conciliación sobre el siniestro de mi vehiculo CF1685, ocasionado por el vehiculo HYM744 propiedad de la Sra LILIANA ORTIZ LOZANO.

Documento adjuntos:

1. Acta de conciliación
2. Copia de la cedula ampliada al 150%
3. Carta de certificación de cuenta
4. Formulario de Equidad Seguros autorización por transferencia electrónica
5. Formulario de Equidad Seguros de Conocimiento del cliente persona natural

Atentamente,



**GERARDO MONTAÑO FLOR**

CC#16594011

Cel 3177862642



CENTRO DE CONCILIACION  
**FUNDAFAS**

Calle 11 No. 1-97  
Oficina 204 - Edif. Garcés  
Teléfono: 896 2597  
889 5639 Cali  
E-mail  
fundafas@yahoo.com  
http://espanol.geocities.com/fundafas  
Cali - Colombia

1

**CENTRO DE CONCILIACION FUNDAFAS  
RESOLUCION NO. 1101 DE DICIEMBRE 27 del 2002  
POR EL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHO**

**ACTA DE CONCILIACIÓN**

**Fecha de Solicitud:** 06 de febrero de 2024  
**Fecha de Audiencia:** 06 de Mayo de 2024

En la ciudad de Santiago de Cali, a los 6 días del mes de Mayo del año 2024, siendo las 10:30 Am, ante mi **FULTON ROMEYRO RUIZ GONZALEZ**, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía numero **16.743.717**, expedida en Cali (Valle), portador de la Tarjeta Profesional Número **123.241** del (C.S.J), obrando en calidad de **CONCILIADOR**, debidamente autorizado por la **DIRECCION DEL CENTRO DE CONCILIACION DE LA FUNDACION PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SOCIAL FUNDAFAS**, con el número de registro inscrito bajo el código **No. 1141-00143**, en uso de las facultades que me otorga la Ley de conformidad con la Ley 23 de 1991 y la Ley 2220 del 2022, por medio de la cual se crean mecanismos para descongestionar los Despachos judiciales, y se dictan otras disposiciones y en ejercicio de la Facultad Conciliador, quien actuó guiado por los principios de imparcialidad, equidad y justicia, en la presente causa y con el fin de dirigir, orientar, adelantar y tramitar esta diligencia de Conciliación se citaron a las siguientes personas con el fin de adelantar el trámite de conciliación.

**PARTES**

**CONVOCANTE:**

**GERARDO MONTAÑO FLOR**, identificado con la cedula de ciudadanía Nro.16.594.011 de Cali con correo electrónico [mongerar@hotmail.com](mailto:mongerar@hotmail.com)

**APODERADO JUDICIAL DEL SOLICITANTE**

**GUSTAVO ADOLFO PARRA RUIZ**, identificado con la Cedula de Ciudadanía Nro. 93.363.858 de Ibagué, Abogado titulado y en ejercicio con T.P. No. 63238 del C.S. de la J con correo electrónico [gustavoadolfofoparraruiz@gmail.com](mailto:gustavoadolfofoparraruiz@gmail.com)



CENTRO DE CONCILIACION  
**FUNDAFAS**

Calle 11 No. 1-07  
Oficina 204 - Edif. Garcés  
Teléfono: 896 2507  
889 5639 Cali  
E-mail  
fundafas@yahoo.com  
http://espanol.geocities.com/fundafas  
Cali - Colombia

## CONVOCADOS:

LILIANA ORTIZ LOZANO, identificada con el número de cedula 29.106.864 mayor y vecina de la ciudad de Cali, domiciliado en Cali, con correo electrónico [lilianaortizlozano@gmail.com](mailto:lilianaortizlozano@gmail.com)



GILBERTO BORRERO GONZALEZ, identificado con el número de cedula 16.764.745 mayor y vecina de la ciudad de Cali, domiciliado en Cali, con correo electrónico [gilbebor@yahoo.com](mailto:gilbebor@yahoo.com)

## APODERADO JUDICIAL DE LOS CONVOCADOS:

Dr. JONATHAN ALONSO LEMOS MONTENEGRO, identificado con la Cedula de Ciudadanía Nro. 1.010.101.569, Abogado titulado y en ejercicio con T.P. No. 405.859 del C.S. de la J, con correo electrónico: [valeria.taylor@taylorconsultores.com](mailto:valeria.taylor@taylorconsultores.com)

## EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT 860.028.415-5

APODERADA JUDICIAL: Dra. ANGELA MARIA VALENCIA ARANGO, identificada con la Cedula de Ciudadanía Nro. 1.088.317.976, Abogada titulada y en ejercicio con la T.P No. 349.980 del C.S de la J, con correo electrónico [avalencia@gha.com.co](mailto:avalencia@gha.com.co)

## CONCILIADOR:

FULTON ROMEYRO RUIZ GONZÁLEZ, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía número 16.743.717, expedida En Cali Valle, portador de la Tarjeta Profesional Número 123.241 del (H.C.S.J)

## MATERIA A CONCILIAR

Con el fin de buscar un arreglo en materia CIVIL en presencia de la Conciliador Doctor FULTON ROMEYRO RUIZ GONZALEZ, quien está habilitado para ejercer la función de conciliador. Acto seguido el conciliador instala la audiencia de conciliación explicando los alcances y consecuencias de la conciliación, de conformidad con el decreto ley 491 del 2020, y art. 103 y 108 del CGP.



CENTRO DE CONCILIACION  
**FUNDAFAS**

Calle 11 No. 1-97  
Oficina 204 - Edif. Garzón  
Teléfono: 896 2597  
889 5639 Call  
E-mail  
fundafas@yahoo.com  
http://www.mol.gov.co/fundafas  
Call - Colombia

## RESUMEN DE LOS HECHOS QUE ORIGINARON LA CONTROVERSIA



1- Manifiesta el señor GERARDO MONTAÑO FLOR que es propietario de del vehículo con placas CFI-685 marca DAEWOO.

2- En horas del mediodía del 30 de diciembre de 2023 cuando se desplazaba en sentido contrario y con exceso de velocidad, perdió el control de su automotor e invadió el carril contrario por el que se dirigía e impacto fuertemente su vehículo destrozándolo por completo en la parte frontal izquierda, y dejándolo inservible. Por fortuna nadie sufrió lesiones corporales.

3- Las causas del accidente son imputables del todo al conductor del vehículo de placas HYM-744, señor GILBERTO BORRERO GONZÁLEZ dado que no observo la prudencia y el cuidado debidos, pues se desplazaba a gran velocidad por una zona llena de curvas e invadió el carril derecho.

4- Como propietaria del vehículo con placas HYM-744 figura la señora LILIANA ORTIZ LOZANO quien en el sitio del accidente dijo ser la esposa del conductor de este vehículo.

5- El conductor del vehículo con placas HYM-744 y la propietaria del mismo son solidariamente responsables de todos los perjuicios materiales e inmateriales que se han irrogado con ocasión de la colisión de los vehículos en mención.

6- El vehículo con placas HYM 744 está asegurado por la aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

### PRETENSIONES

Que se le resarzan todos los perjuicios materiales e inmateriales que se han causado hasta la fecha de esta solicitud con ocasión del accidente de tránsito.

### CUANTIA

VEINTICINCO MILLONES DE PESOS (\$25.0000.000)

### DESARROLLO DE LA AUDIENCIA

El suscrito conciliador deja constancia de que se hace presente todas las partes convocadas y convocantes, de acuerdo a los poderes conferidos de manera verbal y escrita.

### ACUERDO

Una vez verificada la asistencia de las partes de manera virtual, y dándole el uso de la palabra a cada uno de ellas, se observa que les asiste el ánimo conciliatorio y han llegado al siguiente acuerdo:

**PRIMERO:** Las partes han decidido, de manera libre y voluntaria, conciliar todas las diferencias que han



CENTRO DE CONCILIACION  
**FUNDAFAS**

Calle 11 No. 1-07  
Oficina 204 - Edif. Garzón  
Teléfono: 806 2597  
803 5633 Cali  
E-mail  
fundafas@yahoo.com  
http://sepanal.geocities.com/fundafas  
Cali - Colombia



surgido o que puedan llegar a surgir entre ellas, derivadas de los hechos ocurridos el día 30 de diciembre de 2023, como consecuencia del hecho que da base a la conciliación, por la suma única, total y definitiva de **DIEZ MILLONES DE PESOS M/cte. (\$10'000.000,00)**, que corresponde a la indemnización integral de la totalidad de los perjuicios reclamados por el convocante, pero sin limitarse a ellos, incluso los que se revelen en el futuro, independientemente de la denominación que adopten, poniendo fin a todas las reclamaciones extrajudiciales o judiciales realizadas o por efectuar; por lo cual el convocante desiste y renuncia libremente a todas sus pretensiones o a formular otras adicionales, precaviendo de ese modo eventuales y futuros litigios, motivados o relacionados directa o indirectamente con los hechos que convocaron a esta audiencia y sus secuelas, en cuanto este acuerdo comprende todos los daños y perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, o de cualquier tipo que hubieren sido provocados, y los que eventualmente se revelen en el futuro, de manera que no se deja nada pendiente, y por eso se extiende a cualquier efecto o consecuencia que se relacione o asocie directa o indirectamente, aunque sea imprevista, con los hechos que los convocan, por lo cual incluyen en la suma por la que se concilia, el pago o solución de todos los conceptos de divergencia, el vehículo quedara a cargo del convocante.

**SEGUNDO:** El pago de la suma citada, será realizada por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO a favor del señor GERARDO MONTAÑO FLOR identificado con No. de C.C. 16.594.011, mediante transferencia a la cuenta ahorros No. 0550488434148265 del Banco Davivienda en un plazo de veinte (20) días hábiles posteriores a la fecha de presentación y recepción en la Av 6 a Bis # 35n - 100 ofc 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la dirección electrónica: [avalencia@gha.com.co](mailto:avalencia@gha.com.co) y [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co), de los siguientes documentos:

- 3.1. Formulario de Conocimiento del cliente y/o Sarlaft.
- 3.2. Formulario de autorización pago indemnización.
- 3.3. Copia de Cédula de ciudadanía ampliada al 150%
- 3.4. Certificación de existencia de la cuenta bancaria de titularidad de GERARDO MONTAÑO FLOR.
- 3.5. Dos (2) ejemplares del escrito de desistimiento de la acción penal debidamente firmado y con nota de presentación personal y/o constancia de radicación. Siempre que exista acción penal
- 3.6. Copia del presente acuerdo de conciliación.

**TERCERO:** Una vez allegados los documentos en su integridad y en los términos indicados, A EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO

COOPERATIVO contará con el plazo de (20) días hábiles para realizar el pago de la suma de dinero referida. La recepción completa de los documentos indicados en los numerales 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, y 3.6 constituye una condición suspensiva para la exigibilidad del pago, por tal razón, hasta que éstos no sean allegados debidamente y en su totalidad, de manera física y electrónica, no podrá verificarse pago alguno por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

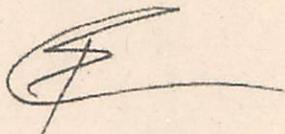
**CUARTO:** Una vez recibido el pago acordado, se entenderá ocurrido el resarcimiento que constituye la indemnización integral de todos y cada uno de los perjuicios sufridos por aquellos, éste hecho dará lugar a que se extinga por esa causa, cualquier acción penal, civil, administrativa o de otra índole que pueda iniciarse o se hubiere iniciado en contra de los convocados o con motivo de los hechos que dieron origen a esta conciliación.

### CONSTANCIA

El suscrito Conciliador aclara nuevamente a las partes que **LA PRESENTE ACTA PRESTA MERITO EJECUTIVO Y HACE TRANSITO A COSA JUZGADA Y CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN DE HACER PARA AMBAS PARTES**, por tanto, se procederá a entregarla al Centro de Conciliación **PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SOCIAL "FUNDAFAS"** para que proceda a entregar una copia a las partes después de que este registrada en el centro de conciliación, de conformidad con la ley 2220 del 2022.

Firma para constancia el día 6 de mayo de 2024, Siendo las 12:00 PM, se da por terminada la diligencia.

**CONCILIADOR:**



**FULTON ROMEYRO RUIZ GONZALEZ**  
CC No 16.743.717 de Cali.  
T.P. No 123.241 del C.S.J.  
Código No.1141-0143



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

Fecha Diligenciamiento: 08/05/2024 Ciudad: Cali, Valle del Cauca Sucursal: \_\_\_\_\_

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: MONTAÑO SEGUNDO APELLIDO: FLOR NOMBRES: GERARDO

TIPO DE DOCUMENTO: C.C NÚMERO: 16.594.011 FECHA DE EXPEDICIÓN: 12/08/1976 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cali

FECHA DE NACIMIENTO: 17/10/1955 LUGAR DE NACIMIENTO: EL QUEREMAL NACIONALIDAD 1: COLOMBIANO NACIONALIDAD 2: \_\_\_\_\_

E-MAIL: mongerar@hotmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Carrera 61 No. 18-16 Apto 2-65 Torre Q, CIUDAD: Cali

DEPARTAMENTO: Valle del Cauca TELÉFONO: 3177862642 CELULAR: 3177862642

SECTOR: \_\_\_\_\_ CIU (cod): \_\_\_\_\_ TIPO DE ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_ ¿Cual?: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: Pensionado CARGO: \_\_\_\_\_ EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN (Oficina): \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO (Oficina): \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD SECUNDARIA: \_\_\_\_\_ CIU (cod): \_\_\_\_\_

¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): \_\_\_\_\_

INGRESOS MENSUALES (Pesos) \_\_\_\_\_ EGRESOS MENSUALES (Pesos) \_\_\_\_\_

ACTIVOS (Pesos) \_\_\_\_\_ PASIVO (Pesos) \_\_\_\_\_

PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) \_\_\_\_\_ OTROS INGRESOS (Pesos) \_\_\_\_\_

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 PAISES? 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: \_\_\_\_\_

### 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	COMPAÑÍA	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 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 DIA, 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).

		<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 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: GERARDO	PRIMER APELLIDO: MONTAÑO	SEGUNDO APELLIDO: FLOR
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C.	NÚMERO: 16.594.011	FECHA EXPEDICION: 12/08/1976
DIRECCION: CAR. 61 No. 18-16 Apto 2-65 Torre Q, Cañaverales sector 3	CIUDAD: Cali	Valle del Cauca DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR: 3177862642

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: 0550488434148265	CORRIENTE: <input type="checkbox"/>	AHORROS: <input checked="" type="checkbox"/>	1051 CÓDIGO DEL BANCO
BANCO: DAVIVIENDA	SUCURSAL: CALI	CIUDAD: CALI	

**RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS**

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

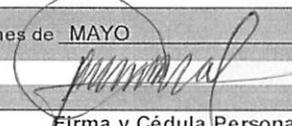
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

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: CALI a los (08 ) del mes de MAYO de 2024.

Firma del Representante Legal y Sello

  
 Firma y Cédula Persona Natural  
 CC 16594011

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



## CERTIFICADO

**CALI, VALLE DEL  
CAUCA,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**07/05/2024**

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **GERARDO MONTANO FLOR** con **Cédula de Ciudadanía** número **16594011**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número	<b>0550488434148265</b>
Fecha de apertura	<b>15/09/2022</b>

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.594.011**

**MONTAÑO FLOR**

APELLIDOS

**GERARDO**

NOMBRES

*[Handwritten signature]*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1955**

**EL QUEREMAL  
DAGUA (VALLE)**  
LUGAR DE NACIMIENTO

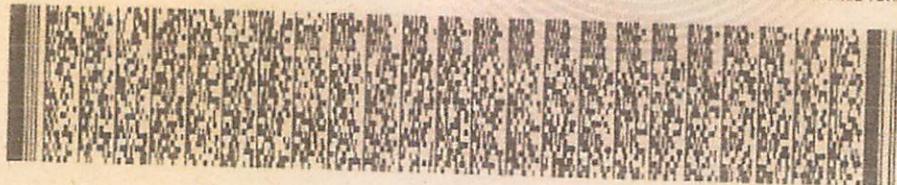
**1.78**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**12-AGO-1976 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3100150-00135003-M-0016594011-20081208

0007741765A 1

2810014733