

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.144.130.785

CARDONA GUERRERO

APELLIDOS

ALEJANDRA

NOMBRES

Alejandra Cardona

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1989

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

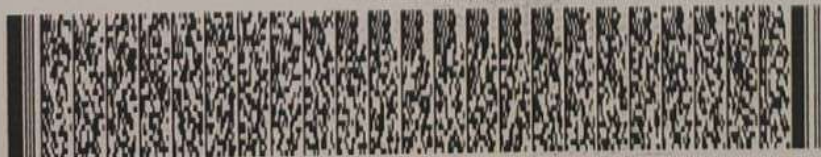
F

SEXO

12-OCT-2007 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-3100100-00907505-F-1144130785-20170524

0055529305A 1

9910007687

ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.144.086.488**

VELEZ MISAS

APELLIDOS

MARY CRUZ

NOMBRES

Mary Cruz Velez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-1996**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 **B+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

14-FEB-2014 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA YACHA



P-3100100-01019120-F-1144006488-20180704 0061781881A 1 0004781388

Certificado Bancario

Miércoles, 31 de julio de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ALEJANDRA CARDONA GUERRERO identificado(a) con CC 1144130785, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	51423805637	2021/07/19	ACTIVA

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

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Certificación Bancaria

Lunes, 23 de octubre de 2023

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARY CRUZ VELEZ MISAS identificado(a) con CC y 1144086488, 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	91258981800	2023-10-23	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 correosospchoso@bancolombia.com.co

Señores
FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN
Call.

REFERENCIA: PODER ESPECIAL
QUERELLANTE: ALEJANDRA CARDONA GUERRERO
QUERELLADO: DANIEL CAMILO MOSQUERA BENITEZ

Reciba un cordial saludo señor (a) Fiscal,

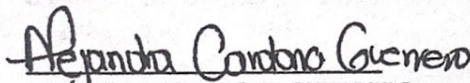
ALEJANDRA CARDONA GUERRERO, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.144.130.785, obrando en nombre propio, me dirijo ante usted para manifestar que confiero

PODER ESPECIAL

Amplio y suficiente a los siguientes abogados, al doctor CHRISTIAN JAVIER CARDONA CASILIMAS, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.144.090.596 de Cali y portador de la T.P No. 340.364 del C.S.J, en calidad de apoderado principal y a la doctora MARYCRUZ VÉLEZ MISAS, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.144.086.488 de Cali y portadora de la tarjeta profesional No. 347.199 del C.S.J, en calidad de apoderada sustituta, para que en mi nombre y representación, presente querella, trámite y lleve hasta su culminación proceso penal e incidente de reparación integral, en ocasión a las lesiones personales que se me causaron en el accidente de tránsito ocurrido el día 27 de octubre de 2023, por la imprudencia cometida por el señor DANIEL CAMILO MOSQUERA BENITEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.143.842.063, al conducir el vehículo asegurado de placa KYS495.

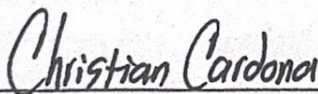
Mis apoderados queda facultada para lograr el fin perseguido con el presente poder, solicitar información requerida, así como también recibir, transigir, sustituir, reasumir, desistir, conciliar, y todas las facultades inherentes al fiel cumplimiento del presente mandato conforme al artículo 77 del Código General del Proceso y normas concordantes.

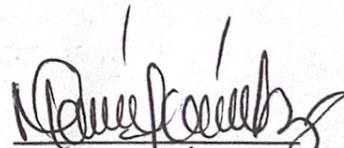
Atentamente,


ALEJANDRA CARDONA GUERRERO
C.C No. No. 1.144.130.785 1144130785 Cali



Acepto el poder:


CHRISTIAN JAVIER CARDONA CASILIMAS
C.C No. 1.144.090.596
T.P No. 340.364 del C.S.J
E-mail para notificaciones judiciales: abogado.vca@gmail.com


MARY CRUZ VÉLEZ MISAS
C.C. No. 1.144.086.488
T.P No. 347199 del C.S.J



Carrera 96 A No. 42-62 Cali
312-2519918 - 310 6532822
Abogado.vca@gmail.com

Doctor

OSCAR MARIO MORA GIL

FISCAL 54 LOCAL DE CALI

Ciudad.

QUERELLANTE: ALEJANDRA CARDONA GUERRERO
QUERELLADO: DANIEL CAMILO MOSQUERA BENITEZ
SPOA: 760016099165202383301.
REF: DESISTIMIENTO POR REPARACIÓN INTEGRAL

Reciba un cordial saludo,

ALEJANDRA CARDONA GUERRERO mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.144.130.785, quien actúa en nombre propio en calidad de víctima directa, representada por la doctora **MARY CRUZ VÉLEZ MISAS**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.144.086.488 de Cali, y portadora de la T.P. No. 347.199 del Consejo Superior de la Judicatura, de manera respetuosa me permito manifestar a su despacho que, en ejercicio de la autonomía de mi voluntad, yo, **DESISTO**, expresamente de toda acción PENAL, CIVIL, COMERCIAL, ADMINISTRATIVA, que se adelanten en contra del señor **DANIEL CAMILO MOSQUERA BENITEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.143.842.063, al conducir el vehículo asegurado de placa **KYS495**, involucrado en el accidente de tránsito ocurrido el día 27 de octubre de 2023, en la calle 5 con carrera 56 en la ciudad de Cali.

Resalto que la presente solicitud de **DESISTIMIENTO** se efectúa de forma libre y voluntaria, toda vez que he sido REPARADA INTEGRALMENTE por parte del señor **DANIEL CAMILO MOSQUERA BENITEZ** y **MAPFRE SEGUROS GENERALES S.A.**, de todos los daños materiales e inmateriales, especialmente el daño emergente, el lucro cesante, en sus modalidades pasado y futuro, el perjuicio moral, estético, fisiológico, daño al proyecto de vida y relación, causados con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el día 27 de octubre de 2023.

Cordialmente,



ALEJANDRA CARDONA GUERRERO

No. 1.144.130.785

MARY CRUZ VELEZ MISAS

C.C. No. 1.144.086.488

T.P. No. 347.199



MAPFRE
COLOMBIA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACIÓN	INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)	FECHA DE VINCULACIÓN
TOMADOR ☐ APODERADO ☐	Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Personal ☐	OFICINA
ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐	Tomador - Asegurado	
BENEFICIARIO ☒	Tomador - Beneficiario	
	Asegurado - Beneficiario	

1. PERSONA NATURAL									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES					
C.C. ☒ C.E. ☐ P.S. ☐		NÚMERO		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE VENCIMIENTO (APLICA TIPO ID (CE, PS, PEP, PEP))	
P.E.P. ☐ P.E.P.C. ☐		1144130785		Cali		12 oct. 2007		GÉNERO ☒ M ☐ F	
PAÍS Y LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA?		ESTADO CIVIL	
Colombia		Sept 22 - 89		Colombiana		SI ☐ NO ☒ CUAL		Soltero	
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA?				NÚMERO ID FISCAL		¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EL ÚLTIMO AÑO FISCAL?			
SI ☐ NO ☒ MOTIVO: _____ PAÍS _____						SI ☐ NO ☒			

¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? *		TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL						CÓDIGO CIU	
SI ☐ NO ☒		ASALARIADO ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ INDEPENDIENTE ☐ INVERSIONISTA ☐ PENSIONADO ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐							
SECTOR		NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA							
AGROPECUARIO ☐ COMERCIO ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ FINANCIERO ☐ INDUSTRIAL ☐		Temporales Especuladores - APH.							
MINERO Y ENERGÉTICO ☐ SERVICIOS ☒ SOLIDARIO ☐ TRANSPORTE ☐									
CARGO		CIUDAD EMPRESA		DIRECCIÓN EMPRESA		TELÉFONO EMPRESA		DIRECCIÓN RESIDENCIA	
Asist. Admon		Cali		Cra 66 # 10-221		602-3126541		C169 # 1-440	
CIUDAD RESIDENCIA		TELÉFONO		CELULAR		EMAIL			
Cali		3104581369		3234376295		alejandrocordon79183@gmail.com			
ACTIVIDAD SECUNDARIA		CÓDIGO CIU		¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)					

INGRESOS MENSUALES	2.000.000	ACTIVOS	7.000.000
EGRESOS MENSUALES	1.800.000	PASIVOS	500.000
OTROS INGRESOS		CONCEPTO OTROS INGRESOS	
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI ☐ NO ☐			

ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI ☐ NO ☒
ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL?	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS?	SI ☐ NO ☒
TIENE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI ☐ NO ☒	
SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS	

ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE								
Vínculo	Nombre	Tipo de documento	No identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	¿Vinculado Actualmente? Si/No	Fecha desvincul

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

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

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI ☐ NO ☒					
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	SI ☐ NO ☒					
IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐					
TRANSFERENCIAS ☐	GIROS ☐					
PRÉSTAMOS ☐						
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS						
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI ☐ NO ☐						
AÑO	RAMO	COMPañÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN	

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverías S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. ☒ SI ☐ NO

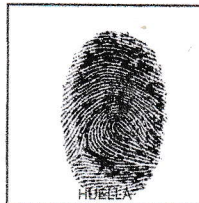
7. FIRMA Y HUELLA

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

Alexandra Cardona G.

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.C.

1144130785



8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA				
FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA

RESULTADO	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐
OBSERVACIONES		
NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE		
FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE		

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA

OBSERVACIONES	
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN	
FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN	
C.C.	

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACIÓN		INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)				FECHA DE VINCULACIÓN		PÓLIZA NUEVA ☐	
TOMADOR ☐	AFIANZADO ☐	☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Personal ☐ OFICINA						PÓLIZA RENOVADA ☐	
ASEGURADO ☐	AFIANZADO ☐	☐ Tomador - Asegurado ☐ Tomador - Beneficiario ☐ Asegurado - Beneficiario						INDEMNIZACIÓN ☐	
BENEFICIARIO ☒									

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO Velez	SEGUNDO APELLIDO Mesa	NOMBRES Mary Cruz	
C.C. ☒ C.E. ☐ P.S. ☐ PEP ☐ P.E.P.C. ☐	NÚMERO 1.144.086.488	LUGAR DE EXPEDICIÓN Cali	FECHA DE EXPEDICIÓN 14-02-2014
PAÍS Y LUGAR DE NACIMIENTO Medellin	FECHA DE NACIMIENTO 12-02-1996	NACIONALIDAD Colombiana	¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA? ☐ SI ☒ NO ☐ CUAL: _____
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? ☐ SI ☒ NO ☐ MOTIVO: _____		NÚMERO ID FISCAL	¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? ☐ SI ☒ NO ☐
¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? ☐ SI ☒ NO ☐		TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL ASALARIADO ☐ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ INDEPENDIENTE ☒ INVERSIONISTA ☐ PENSIONADO ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐	
SECTOR AGROPECUARIO ☐ COMERCIO ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ FINANCIERO ☐ INDUSTRIAL ☐ MINERO Y ENERGÉTICO ☐ SERVICIOS ☒ SOLIDARIO ☐ TRANSPORTE ☐		NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	
CARGO	CUIDAD EMPRESA	DIRECCIÓN EMPRESA	TÉLEFONO EMPRESA
CUIDAD RESIDENCIA Cali	TÉLEFONO	CELULAR 3106532822	DIRECCIÓN RESIDENCIA Cra 96a #42-62
ACTIVIDAD SECUNDARIA	CÓDIGO CIU	¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTE) Asesoría jurídica	
INGRESOS MENSUALES 3.500.000	EGRESOS MENSUALES 3.000.000	ACTIVOS 3.000.000	PASIVOS 2.500.000
OTROS INGRESOS 10.000.000	OTROS EGRESOS	CONCEPTO OTROS INGRESOS 0	
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? ☒ SI ☐ NO ☐			
ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? ☐ SI ☒ NO ☐ ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? ☐ SI ☒ NO ☐ POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? ☐ SI ☒ NO ☐ TIENE ALGUN VÍNCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? ☐ SI ☒ NO ☐ SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS			

ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

*Vínculo/Relación
 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)
 2. Segundo de afinidad (cónyuges, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañeros permanentes del PEP)
 3. Primeros civiles (hijos adoptivos o padres adoptados)

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA

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

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI ☐ NO ☐	IMPORTACIONES	EXPORTACIONES	INVERSIONES
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	SI ☐ NO ☐	TRANSFERENCIAS	GIROS	PRÉSTAMOS

TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas públicamente conforme al (Decreto 1074 de 2016); ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona públicamente expuesta (Decreto 1074 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.

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

*Si la respuesta fue "SI", diligenciar formato W6, W6 Ben o W6 Ben-E según corresponda

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia legible del documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería vigente, pasaporte vigente, carnet d'identité y permis especial de permanence o complementario vigente)
2. Fotocopia legible del Registro Único Tributario - RUT - o la actividad económica es: Comerciante, Independiente, Inversionista y Rentista
3. Declaración de Renta del último periodo gravable disponible.
4. APODERADO: Copia legible del poder firmado con conocimiento de notaría, junto con la copia del documento de identificación.

6. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

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

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

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

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

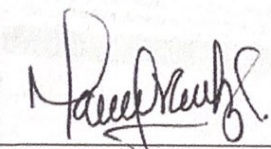
Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales. Las Compañías Tratantes podrán tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

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

Autorizo expresa e inequívocamente a FASECOLDA, Inverfa S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. ☐ SI ☐ NO

7. FIRMA Y HUELLA

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



FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1.344.086.488



8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA

FECHA DE LA ENTREVISTA

RESULTADO ☐ ACEPTADO ☐ RECHAZADO

OBSERVACIONES

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA

OBSERVACIONES

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

C.C.