



Señor (a)
Juzgado Civil Municipal de Villavicencio
Reparto
E. S. D.

Asunto: Desistimiento de Demanda Declarativa de Responsabilidad Civil.
Demandantes: Laura Jimena Peña Rodríguez, Adriana Rodríguez Hernández y Omar Ricardo Peña Velandia.
Demandados: Santiago Andrés Puentes, Luis Hernando Puentes Palencia y Allianz Seguros S. A.

LAURA JIMENA PEÑA RODRIGUEZ, ADRIANA RODRIGUEZ HERNANDEZ Y OMAR RICARDO PEÑA VELANDIA para este acto representados por la Doctora **ASTRID JOHANNA CRUZ C.C. No. 40.186.973 de Villavicencio T.P. No. 159.016 del C. S de la J** en calidad de **DEMANDANTES** e identificados como aparece al pie de nuestras firmas, manifestamos a Usted que desistimos de la acción legal de responsabilidad civil citada en el asunto de la referencia.

Por lo anterior, de manera comedida solicitamos:

PRIMERO Sírvase aceptar el desistimiento incondicional presentado a través del presente escrito.

SEGUNDO: ordenar el archivo del proceso por desistimiento de la acción civil

TERCERO: Abstenerse de condenar en costas a las partes

Cordialmente

LAURA JIMENA PEÑA RODRIGUEZ
CC 1029980569
DEMANDANTE

ADRIANA RODRIGUEZ HERNANDEZ
CC 40392217
DEMANDANTE





OMAR RICARDO PEÑA VELANDIA
CC 79299832
DEMANDANTE

ASTRID JOHANNA CRUZ
C.C. No. 40.186.973 de Villavicencio
T.P. No. 159.016 del C. S de la J
APODERADA DE LOS DEMANDANTES



NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO CERTIFICA

Que: RODRIGUEZ HERNANDEZ ADRIANA

Quien se identificó con: C.C. 40392217

manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Villavicencio, 2024-12-05
12:01:24



4629-c3f41c69



www.notariaenlinea.com
Cod. rsyne

Firma

ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO CERTIFICA

Que: PEÑA RODRIGUEZ LAURA JIMENA

Quien se identificó con: C.C. 1029980569

manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Villavicencio, 2024-12-05
12:03:24



4629-11b28ad0



www.notariaenlinea.com
Cod. rsy98

Firma

ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO CERTIFICA

Que: PEÑA VELANDIA OMAR RICARDO

Quien se identificó con: C.C. 79299832

manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Villavicencio, 2024-12-05
12:02:17



4629-a6b5c009



www.notariaenlinea.com
Cod. rsypp

Firma

ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
CERTIFICA

Que: CRUZ ASTRID JOHANNA

Quien se identificó con: C.C. 40186973

manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Villavicencio, 2024-12-05
12:05:38

X

Firma

ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



4629-fbedb2f4



www.notariaenlinea.com
Cod. rsyy



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Señor (a)

FISCALIA 21 LOCAL

JUEZ TERCERO PENAL MUNICIPAL CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO

VILLAVICENCIO

E. S. D.

Ref. Radicado No 5000160005642023'4112

Delito LESIONES CULPOSAS

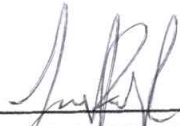
Indiciado: **SANTIAGO ANDRES PRUENTES SANDOVAL**

LAURA JIMENA PEÑA RODRIGUEZ, (VICTIMA DIRECTA), ADRIANA RODRIGUEZ HERNANDEZ (MADRE DE LA VÍCTIMA) Y OMAR RICARDO PEÑA VELANDIA (PADRE DE LA VÍCTIMA) en nuestra calidad de víctimas directa e indirectas para este acto representados por la Doctora **ASTRID JOHANNA CRUZ C.C. No. 40.186.973 de Villavicencio T.P. No. 159.016 del C. S de la J** manifestamos a Usted que hemos recibido indemnización integral por el pago de la totalidad de los perjuicios sufridos como VICTIMA DIRECTA E INDIRECTAS con ocasión del Accidente de tránsito Accidente de tránsito que tuvo ocurrencia el día 07 de octubre del 2023, en la carrera 48 calle 14 sur, en la ciudad de Villavicencio, en el que resultó lesionada la señora **LAURA JIMENA PEÑA RODRIGUEZ**, hecho en el que se vio involucrado el rodante de placas **GSO620** conducido por **SANTIAGO ANDRES PUENTES SANDOVAL**.

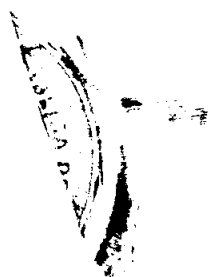
Por lo anterior solicitamos de manera respetuosa:

Que se ordene el archivo de las diligencias en favor del indiciado el señor **SANTIAGO ANDRES PUENTES SANDOVAL** y se ordene la entrega definitiva del vehículo de placas GSO620, teniendo como base esta indemnización integral.

Cordialmente


LAURA JIMENA PEÑA RODRIGUEZ
CC 1029980569
VICTIMA DIRECTA


ADRIANA RODRIGUEZ HERNANDEZ
CC 40392217
VICTIMA INDIRECTA





OMAR RICARDO PEÑA VELANDIA
CC 79299832
VICTIMA INDIRECTA

Astraphcey

ASTRID JOHANNA CRUZ
C.C. No. 40.186.973 de Villavicencio
T.P. No. 159.016 del C. S de la J
APODERADA DE LAS VICTIMAS



NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO CERTIFICA

Que: RODRIGUEZ HERNANDEZ ADRIANA
Quien se identificó con: C.C. 40392217
manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Villavicencio, 2024-12-05
12:01:18

[Firma]
Firma

ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

4529-7430fb2e
www.notariaseenlinea.com
Cod: rsyn6

[Firma]



NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO CERTIFICA

Que: PEÑA RODRIGUEZ LAURA JIMENA
Quien se identificó con: C.C. 1029980569
manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Villavicencio, 2024-12-05
12:03:25

[Firma]
Firma

ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

4629-a6af4bd4
www.notariaseenlinea.com
Cod: rsyf

[Firma]

NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO CERTIFICA

Que: PEÑA VELANDIA OMAR RICARDO
Quien se identificó con: C.C. 79299832
manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Villavicencio, 2024-12-05
12:02:21

[Firma]
Firma

ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

4629-c7a7ad61
www.notariaseenlinea.com
Cod: rsypv

[Firma]





NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

LA NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
CERTIFICA

Que: CRUZ ASTRID JOHANNA

Quien se identificó con: C.C. 40186973

manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Villavicencio, 2024-12-05
12:05:37

X

Firma

ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



4829-4650fccc



www.notariaenlinea.com

Cod.: rsyxg



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

CONTRATO DE TRANSACCIÓN EN (R.C.E) (LESIONES CULPOSAS)

Siniestro Nro. 132044158

Placa GSO620



Entre los suscritos, a saber:

1. **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en su calidad de compañía de seguros, quien en adelante se denominará **LA ASEGURADORA** del vehículo de placa **GSO620**, de propiedad de **LUIS HERNANDO PUENTES PALENCIA**, quien en adelante se denominará **EL ASEGURADO**.
2. Por otra parte, las **VÍCTIMAS LAURA JIMENA PEÑA RODRIGUEZ, (VÍCTIMA DIRECTA)** identificada con cedula de ciudadanía 1029980569, **ADRIANA RODRIGUEZ HERNANDEZ (MADRE DE LA VÍCTIMA)** identificada con cedula de ciudadanía 40.392.217 y **OMAR RICARDO PEÑA VELANDIA (PADRE DE LA VÍCTIMA)** identificado con Cedula de Ciudadanía 79.299.832, para este acto representados por la Doctora **ASTRID JOHANNA CRUZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 40.186.973 y TP 159.016 quienes en adelante se denominarán **LOS TERCEROS**.

Hemos celebrado el presente contrato de transacción que contiene las siguientes cláusulas:

PRIMERA. EXPEDICIÓN PÓLIZA. **ALLIANZ SEGUROS S.A.** expidió la Póliza de Automóviles No. 23311815, para asegurar el vehículo de placa **GSO620** de propiedad del **ASEGURADO LUIS HERNANDO PUENTES PALENCIA**.

SEGUNDA. HECHOS. Accidente de tránsito que tuvo ocurrencia el día 07 de octubre del 2023, en la carrera 48 calle 14 sur, en la ciudad de Villavicencio, en el que resultó lesionada la señora **LAURA JIMENA PEÑA RODRIGUEZ**, hecho en el que se vio involucrado el rodante de placas **GSO620** conducido por **SANTIAGO ANDRES PUENTES SANDOVAL**, vehículo de propiedad de **LUIS HERNANDO PUENTES PALENCIA**.







TERCERA. ACUERDO. Que en virtud de la Póliza de Automóviles No 23311815, expedida por **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, con cargo al amparo de Responsabilidad Civil Extracontractual, pagará por concepto de indemnización de todos los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales, entendiéndose materiales, daño emergente consolidado y futuro, lucro cesante consolidado y futuro, daño moral, daño a la vida de relación, daño a la salud. Y cualquier otro daño reconocido legalmente, como consecuencia del accidente antes mencionado **A LOS TERCEROS**, la suma de **SESENTA Y DOS MILLONES DE PESOS M/CTE (62.000.000)**, valor que abarca el 100% de las pretensiones de la reclamación. Dicha suma será pagada por **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, conforme al contrato de seguro celebrado, sin que dicho pago implique admisión de responsabilidad alguna, dentro de los veinte (20) días calendario siguientes a la entrega a **LA ASEGURADORA** de este documento firmado y con SELLO DE PRESENTACIÓN PERSONAL ante cualquier notaria por **LOS TERCEROS** junto con el Formato Único de Conocimiento del Cliente y el Formato de Autorización de Pagos.

CUARTA. AUTORIZACIÓN DE PAGO. LOS TERCEROS autorizan expresamente a **LA ASEGURADORA** para que se cancele el valor acordado de la siguiente manera:



1. LA SUMA DE CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$50.000.000), a favor de la señora **LAURA JIMENA PEÑA RODRIGUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1029980569, a través de transferencia electrónica a la cuenta de ahorros N° 352001638 del Banco BBVA
2. LA SUMA DE DOCE MILLONES DE PESOS MCTE (\$12.000.000), a favor de **ADRIANA RODRIGUEZ HERNANDEZ** identificada con cedula de ciudadanía número 40.392.217, a través de transferencia electrónica a la cuenta de ahorros N° 00130957000200257876 del Banco de BBVA

Una vez diligenciados el Formato Único de Conocimiento del Cliente, Formato de Autorización de Pagos, y aportadas las certificaciones bancarias que correspondan, las fotocopias de los documentos de identidad y los desistimientos de acción Penal y Civil firmados por **LOS TERCEROS**, los cuales hacen parte integral del presente contrato.

QUINTA. INFORMACIÓN. Es responsabilidad de **LOS TERCEROS** suministrar la información solicitada en el Formato Único de Conocimiento del Cliente y en el Formato de Autorización de Pagos y, en caso de que los datos aportados estén errados o incompletos, **LA ASEGURADORA** se exonera de toda responsabilidad por el incumplimiento del pago de la transacción dentro del término establecido.

SEXTA. TERMINACIÓN DEL PROCESO PENAL Y/O CIVIL. Como consecuencia del acuerdo celebrado **LOS TERCEROS** darán por terminado el proceso penal que se adelanta en la





FISCALIA 21 LOCAL de Villavicencio, bajo el **SPOA** número 500016000564202304112 por el punible delito de lesiones Culposas en contra el señor **SANTIAGO ANDRES PUENTES SANDOVAL**, de la misma forma se dará por terminado proceso ante la Jurisdicción Civil que se encuentra en estudio de admisión.

PARÁGRAFO UNO. LOS TERCEROS, en calidad de víctimas directa e indirectas, se comprometen a realizar todos los trámites tendientes a presentar la solicitud de terminación del proceso penal o a coadyuvar la preclusión de la investigación, como también presentar la solicitud de terminación del proceso civil.

SÉPTIMA. PAZ Y SALVO. En consecuencia de lo anterior, **LOS TERCEROS** declaran a el tomador, beneficiario y/o asegurado de la póliza mencionada, al propietario del vehículo asegurado, al conductor del vehículo asegurado al momento de los hechos y a **LA ASEGURADORA**, y a cualquier tercero quien pudiese tener responsabilidad derivada de los hechos en cuestión, a **PAZ Y SALVO** y libre de toda posterior reclamación en lo que hace referencia a los hechos materia del accidente, y desisten de presentar cualquier tipo de reclamación extrajudicial, iniciar o continuar cualquier acción penal, civil, administrativa o de cualquier otra índole en contra de estos, por los hechos enunciados en la Cláusula Segunda de este contrato.

OCTAVA. PERSONAS CON IGUAL O MEJOR DERECHO. LOS TERCEROS manifiestan mediante el presente acuerdo que no existe(n) persona(s) con igual o mejor derecho para recibir el pago de la presente indemnización y que en caso de existir alguna se comprometen personalmente a reembolsar a dicha(s) persona(s) cualquier suma que le sea exigida en la proporción de ley, exonerando de cualquier responsabilidad a tomador, beneficiario y/o asegurado de la póliza mencionada, al propietario del vehículo asegurado, al conductor del vehículo asegurado al momento de los hechos y a **LA ASEGURADORA**, y renuncia expresamente a presentar cualquier reclamación extrajudicial o judicial que por cualquier concepto exista o llegare a existir como consecuencia de los hechos objeto de ésta transacción.

NOVENA. COSA JUZGADA. Esta transacción genera los efectos de cosa juzgada, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 2469 y siguientes del Código Civil, del artículo 312 del Código General del Proceso, y genera la extinción de la acción penal de conformidad con lo dispuesto en el artículo 82, numeral 7 del Código Penal, en concordancia con el artículo 77 de la Ley 906 de 2004. En el evento en que **LOS TERCEROS**, procedan judicialmente a reclamar los perjuicios transigidos, pagarán a título de cláusula penal el doble de la suma recibida, sin perjuicio de las acciones legales que el tomador, beneficiario y/o asegurado de la póliza





mentada, al propietario del vehículo asegurado, al conductor del vehículo asegurado al momento de los hechos y **LA ASEGURADORA** puedan adelantar a razón de dicha reclamación.

DÉCIMA. CLÁUSULA PENAL. En el evento en que **LOS RECLAMANTES** procedan judicial o extrajudicialmente a solicitar nuevamente indemnización de los perjuicios pagados por **LA ASEGURADORA, EL TOMADOR, ASEGURADO, PROPIETARIO Y/O CONDUCTOR AUTORIZADO**; pagará a título de cláusula penal, el doble de la suma recibida, sin perjuicio de las acciones legales que puedan ejercerse contra ellos. En igual pena incurrirán en el evento en el que un tercero acredite judicial o extrajudicialmente, igual o mejor derecho que **LOS RECLAMANTES**, para reclamar la indemnización que recibirán, saliendo al saneamiento de dichas reclamaciones y pagando a dichos terceros las sumas que les correspondan, en los términos de las cláusulas tercera y cuarta del presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA. TRATAMIENTO DE DATOS. Mediante el presente acuerdo y con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, aceptamos el tratamiento como recolección, uso, almacenamiento y circulación sobre nuestros datos personales de identificación, contacto y datos sensibles de salud, así como todos aquellos que llegaremos a entregar a los responsables para las siguientes finalidades de tratamiento, de acuerdo con la política de protección de datos personales de **LA ASEGURADORA** disponible en www.allianz.co: (i) conocer, evaluar y tramitar la reclamación de un siniestro por accidente de tránsito, lo que implica la identificación y validación de las personas involucradas así como la determinación de los daños y perjuicios ocasionados a bienes y personas; (ii) siempre que se acredite en debida forma ante los responsables la ocurrencia del siniestro, realizar el pago de la reclamación; (iii) dar cumplimiento a las instrucciones de las Superintendencia Financiera para la prevención del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo y (iv) que circule mis datos personales con operadores y prestadores con quienes **LA ASEGURADORA** celebre contratos de transferencia o transmisión de datos y que sean necesarios para el cumplimiento de las finalidades del tratamiento.

En todo caso entendemos que las preguntas que nos hagan sobre datos sensibles de salud de niños, niñas y adolescentes, tienen carácter facultativo y, por ende, no estamos obligados a responderlas. De igual forma, declaramos entender que, como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos, salvo que exista una obligación legal o contractual de permanecer en la(s) base(s) de datos de **LA ASEGURADORA** y que estos derechos los podremos ejercer presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea Call Center- Clientes ALLIANZ en Bogotá 6016065903 o a Nivel Nacional 018000514405 -





Opción 9; ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii)

Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co.

El presente documento se firma los 05 de diciembre de 2024.

LA ASEGURADORA

Allianz Seguros S.A.

LUIS HERNANDO PUENTES PALENCIA
CC 8282744
PROPIETARIO

SANTIAGO ANDRES PUENTES SANDOVAL
CC 1032363682
CONDUCTOR

LOS TECEROS




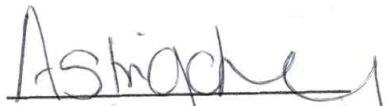
LAURA JIMENA PEÑA RODRIGUEZ
CC 1029980569
VICTIMA DIRECTA



ADRIANA RODRIGUEZ HERNANDEZ
CC 40392217
VICTIMA INDIRECTA




OMAR RICARDO PEÑA VELANDIA
CC 79299832
VICTIMA INDIRECTA


ASTRID JOHANNA CRUZ
C.C. No. 40.186.973 de Villavicencio
T.P. No. 159.016 del C. S de la J
APODERADA DE LAS VICTIMAS


NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
CERTIFICA

Que: PEÑA VELANDIA OMAR RICARDO
Quien se identificó con: C.C. 79299832
manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Villavicencio, 2024-12-05
12:02:22


Firma
ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO


4829-1e81ee0c
www.notariaenlinea.com
Cod: rsydw




NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
CERTIFICA

Que: RODRIGUEZ HERNANDEZ ADRIANA
Quien se identificó con: C.C. 40392217
manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Villavicencio, 2024-12-05
12:02:57


Firma
ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO


4829-0e1ee733
www.notariaenlinea.com
Cod: rsy8




NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
CERTIFICA

Que: PEÑA RODRIGUEZ LAURA JIMENA
Quien se identificó con: C.C. 1029980569
manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Villavicencio, 2024-12-05
12:03:28


Firma
ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO


4829-7f8908d9
www.notariaenlinea.com
Cod: rsyeg





NOTARÍA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO
CERTIFICA

Que: **CRUZ ASTRID JOHANNA**

Quien se identificó con: **C.C. 40186973**

manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella. Y autorizó verificar su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Villavicencio, 2024-12-05
12:05:36



4619-114d3cc8



www.notariaenlinea.com

Cod: rsyxe

X 
Firma

ANA DE JESUS MONTES CALDERON
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Formato Único de Conocimiento del Cliente



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

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

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

Ciudad: Fecha: DÍA 05 MES 12 AÑO 24 Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐

Persona Natural

Primer apellido **PERA** Segundo Apellido **RODRIGUEZ** Nombres Completos **Laura Jimena**

Documento de Identidad

Fecha de expedición

Lugar de expedición

Personas Nacionales

Personas Extranjeras

NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:

Cédula ☒ T.I. ☐ NIT. ☐ NUIP ☐

C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐

No **1029980569**

No

Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

No

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Nacionalidad

Dirección de Residencia

26/03/2005 VILLAVICENCIO

COLOMBIANA

CRA 48A # 51-59

Ciudad

Teléfono

E-mail

Celular

VILLAVICENCIO 3222752266

jimenitarodriguez2123@gmail.com

3222752266

Oficio o profesión

Estudiante Universitaria

Actividad:

Independiente ☒

Dependiente ☐

Empresa donde trabaja

Cargo

Teléfono

Fax

Dirección comercial

Ciudad

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ☐ NO ☒

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI ☐ NO ☒

NOTA: Si alguna de las respuestas es afirmativa el cliente, se encuentra en categoría PEP por lo cual este formulario debe contener el Vo.Bo. del Gerente según corresponda en el espacio destinado para ello *

Actividad económica

Código CIU

Ingresos Mensuales (Pesos) **1'300.000 =**

Egresos mensuales (Pesos) **800.000 =**

Activos (Pesos) **0**

Pasivos (Pesos) **0**

Patrimonio (Pesos) **0**

Otros Ingresos (Pesos) **0**

Concepto otros ingresos **0**

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido

Segundo Apellido

Nombres Completos

Tipo de documento

N°

Fecha de expedición

Lugar de expedición

Persona Jurídica

Nombre o razón social

Nit.

Oficina principal: Dirección

Ciudad

Teléfono

Fax

Sucursal o agencia: Dirección

Ciudad

Teléfono

Fax

Tipo de empresa

Sector de la economía

Cuál

Fecha de Constitución

Actividad económica

Código CIU

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido

Segundo Apellido

Nombres Completos

Tipo de documento

N°

Fecha de expedición

Lugar de expedición

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Nacionalidad

Dirección

Ciudad

Teléfono

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

Razón social o Nombres Completos

Tipo de Identificación

Número

% de participación

C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐

C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐

C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐

C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐

C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐

Descripción de la Actividad económica

Código CIU

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

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

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

Información sobre reclamaciones en seguros

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
-----	------	----------	-------	-------------------

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

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

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

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

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo. Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales, así como para fines tributarios, incluidas las autoridades de otros países.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 de Bogotá, teléfono 5600600. Se le informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociadas.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma,

Firma del Responsable de la Vinculación (Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social:

Clave No./Cargo del Funcionario:

Firma del cliente:

Nombre:

C.C. No.:

Para verificar la identidad del cliente



CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique):

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

Resultado:

APROBADO ☐

RECHAZADO ☐

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

*Vo.Bo. por parte del Gerente, según corresponda (cuando se trate de un PEP)

Nombre:

Firma:

Fecha:

Autorización de pagos



Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ☐ NO ☒
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerablemente SI ☐ NO ☒

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Tomador

Nombre o razón social **Laura Jimena Pera Rodriguez** Nit. /C.C. **1.029.980.569**
 Oficina principal: Dirección **Calle 48 A #51-59** Ciudad **VILLAVICENCIO** Teléfono **322 275 2266**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres Completos _____
 Tipo de documento _____ N° _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Teléfono _____

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

Yo **LAURA JIMENA PERA** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **1029980569** autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de **indemnización** en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No _____ con nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2 _____ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación) **013** Número de Cuenta (validar según relación) **0352001638** Tipo de Cuenta ☐ Corriente ☒ Ahorros

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

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

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

Bancolombia: ☐ Tarjeta Allianz: ☐
 Cheque ☐ Efectivo ☐

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
 SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
 SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

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

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

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

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

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

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

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A. identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos; siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: **Laura Jimena Pera Rodriguez**
 C.C. No. **1029980569**



ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Canadense BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos
Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
DaviVienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomieva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

.CD

016600975



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL016600975052001<<<<<<<<<<
0503268F3304031COL1029980569<9
PENA<RODRIGUEZ<<LAURA<JIMENA<<

CÉDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
PEÑA RODRIGUEZ

NUIP 1.029.980.569

Nombres
LAURA JIMENA

Nacionalidad Estatura Sexo
COL 1.53 F

Fecha de nacimiento G.S.
26 MAR 2005 O+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
03 ABR 2023, VILLAVICENCIO

Firma

[Handwritten signature]

Fecha de expiración
03-ABR 2033





Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente LAURA JIMENA PE#A RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,029,980,569 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 352001638 aperturada el 17 de noviembre de 2023 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 27 de noviembre de 2024.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0352001638
Cuenta de 16 dígitos:	0352000200001638
Cuenta de 20 dígitos:	00130352000200001638

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

Formato Único de Conocimiento del Cliente



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

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

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

Ciudad: Fecha: Día Mes Año Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐

Persona Natural

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Documento de Identidad

Fecha de expedición

Lugar de expedición

Personas Nacionales

Cédula ☒ T.I. ☐ NIT. ☐ NUIP ☐

No

Personas Extranjeras

C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐

No
Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:

No

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento Nacionalidad Dirección de Residencia

Ciudad Teléfono E-mail Celular

Oficio o profesión Actividad: Independiente ☐ Dependiente ☒

Empresa donde trabaja Cargo Teléfono

Fax Dirección comercial Ciudad

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒ Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ☐ NO ☒ Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI ☐ NO ☒

Actividad económica Código CIU

Ingresos Mensuales (Pesos) Egresos mensuales (Pesos)

Activos (Pesos) Pasivos (Pesos)

Patrimonio (Pesos) Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Tipo de documento N° Fecha de expedición Lugar de expedición

Persona Jurídica

Nombre o razón social Nit.

Oficina principal: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Sucursal o agencia: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Tipo de empresa Sector de la economía Cuál Fecha de Constitución

Actividad económica Código CIU

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Tipo de documento N° Fecha de expedición Lugar de expedición

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento Nacionalidad

Dirección Ciudad Teléfono

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

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		

Descripción de la Actividad económica Código CIU

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales(Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

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

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

Información sobre reclamaciones en seguros

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
-----	------	----------	-------	-------------------

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

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

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

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

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

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales, así como para fines tributarios, incluidas las autoridades de otros países.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29-24 de Bogotá, teléfono 5600600. Se le informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negocialas.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma,

Firma del Responsable de la Vinculación (Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social:

Clave No./Cargo del Funcionario:

Firma del cliente:

Nombre:

C.C. No.



CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique):

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

Resultado:

APROBADO ☐

RECHAZADO ☐

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

*Vo.Bo. por parte del Gerente, según corresponda (cuando se trate de un PEP)

Nombre:

Firma:

Fecha:

Autorización de pagos



Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI ☐ NO ☒
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI ☐ NO ☒

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Tomador

Nombre o razón social **Adriana Rodriguez Hernandez** Nit./C.C. **40.392.217**
 Oficina principal: Dirección **Calle 48A #51-59** Ciudad **Villavicencio** Teléfono **1 3008536882**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos
 Tipo de documento N° Dirección
 Ciudad Teléfono

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

Yo **Adriana Rodriguez** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **40392217** autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de **indemnización**, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a **indemnización** con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **40392217** con nacionalidad 1 **Colombiana** nacionalidad 2 **Colombiana** para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación) **013** Número de Cuenta (validar según relación) **0957257876** Tipo de Cuenta ☐ Corriente ☒ Ahorros

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

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

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:
 Cheque ☐ Efectivo ☐

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.

SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
 SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

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

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

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

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

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

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

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29–24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO
Adriana Rodriguez Hernandez
 Nombre: **Adriana Rodriguez Hernandez**
 C.C. No. **40.392.217**



ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Canadense BDOVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Daviivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coromeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.392.217**

RODRIGUEZ HERNANDEZ

APELLIDOS

ADRIANA

NOMBRES


FIRMA




ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUL-1970**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

30-JUN-1989 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-5200150-01122646-F-0040392217-20191227 0069497365A 1 8500162592

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **ADRIANA RODRIGUEZ HERNANDEZ** identificado(a) con **cedula de ciudadanía número 40.392.217** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Tradicional No 00130957000200257876** aperturada el **17 de agosto de 1995**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **957257876**

10 dígitos: **0957257876**

16 dígitos: **0957000200257876**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **28** de **noviembre** de **2024** a las **09:16**, con destino a **Quien Interese**.

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA