

Internal



## CONTRATO DE TRANSACCIÓN EN R.C.E. LESIONES

Siniestro N° 132044158

Placa N° 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 placas **GSO620**, de propiedad del Sr. **LUIS HERNANDO PUENTES PALENCIA**, quien en adelante se denominará **EL ASEGURADO**.
2. Por otra parte, la joven **MARIA CAMILA GUERRERO RODRIGUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.075.790.045, la Sra. **BLANCA INES RODRIGUEZ FLOREZ**, identificada con cédula de ciudadanía N° 40.076.793 y el Sr. **JOSE NEXIS GUERRERO VARGAS**, identificado con cédula de ciudadanía N° 14.217.034 en su calidad de víctimas directa e indirectas, respectivamente, actuando en nombre propio y apoderados para este contrato por la Dra. **ASTRID JOHANNA CRUZ**, identificada con cédula de ciudadanía N° 40.186.973 y tarjeta profesional N° 159.016 del C. S. de la J. y quienes en adelante se denominarán **EL TERCERO**.

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

**PRIMERO. EXPEDICION POLIZA.** LA ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A. expidió la póliza de automóviles N° 23311815 Ref. 260 para asegurar el vehículo de placas **GSO620** de propiedad de **EL ASEGURADO**.

**SEGUNDO. HECHOS.** El día 07 de octubre del 2023, a la altura de la carrera 48 con calle 14 sur de Villavicencio - Meta, se presentó un accidente de tránsito, en el que se vio involucrado el vehículo asegurado de placas **GSO620** conducido por el Sr. **SANTIAGO ANDRES PUENTES SANDOVAL** y la joven **MARIA CAMILA GUERRERO RODRIGUEZ**, quien en calidad de conductora del vehículo de placas **LIL136**, resultó lesionada como consecuencia del accidente de tránsito.

**TERCERO. ACUERDO.** Que en virtud de la póliza de automóviles N° 23311815 Ref. 260 de **LA ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A.** con cargo al amparo de Responsabilidad Civil Extracontractual, pagará por concepto de indemnización de todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales entendiéndose daño emergente consolidado y futuro, lucro cesante consolidado y futuro y daño moral, daño a la vida de relación y daño a la salud, como consecuencia del accidente antes mencionado; la suma de:

- **DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE (\$10.000.000.00. ),** correspondiente a las lesiones y gastos generados por este concepto a la joven **MARIA CAMILA GUERRERO RODRIGUEZ**, víctima directa.



Internal



- **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2.500.000.00. ),** correspondiente a los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados por este concepto a la Sra. **BLANCA INES RODRIGUEZ FLOREZ,** victima indirecta.
- **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2.500.000.00. ),** correspondiente a los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados por este concepto al Sr. **JOSE NEXIS GUERRERO VARGAS,** victima indirecta.

Suma que pagará **ALLIANZ SEGUROS S.A.** conforme al contrato de seguro, 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 autenticado por **EL TERCERO**, junto con el documento de autorización de pago.

**CUARTO. AUTORIZACIÓN DE PAGO: EL TERCERO** autoriza expresamente a **LA ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A.** para que se cancele el valor acordado de la siguiente manera:

La suma de **QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$15.000.000.00.)** a nombre de la joven **MARIA CAMILA GUERRERO RODRIGUEZ,** dinero que será pagado mediante transferencia electrónica a la cuenta de ahorros del banco ITAÚ N° 272003804, una vez diligenciado el formato para pagos, el cual hace parte integral del presente contrato.

**QUINTO. INFORMACION.** Es responsabilidad de **EL TERCERO**, suministrar la información solicitada en el formato de pago y en caso de que los datos aportados estén errados o incompletos, la compañía se exonera de toda responsabilidad por el incumplimiento del pago de la transacción dentro del término establecido.

**SEXTO. TERMINACION DEL PROCESO PENAL Y/O CIVIL.** Como consecuencia del acuerdo celebrado **EL TERCERO** dará por terminado el proceso Penal que se adelanta en la Fiscalía 17 Local de Villavicencio bajo el NUIP 500016000564202304112, por el punible de lesiones culposas en contra del Sr. **SANTIAGO ANDRES PUENTES SANDOVAL.**

**PARÁGRAFO UNO: EL TERCERO** en calidad de víctimas directas 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/Administrativo en caso de que los mismos se encuentren generados por estos hechos.

**SEPTIMO. PAZ Y SALVO.** En consecuencia, de lo anterior **EL TERCERO** declara a el Tomador, Beneficiario, Asegurado, Propietario, el Conductor y a la Aseguradora y a cualquier tercero quien pudiese tener responsabilidad a **PAZ Y SALVO** y libre de toda posterior reclamación en lo que hace referencia a los hechos materia del accidente y desiste 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.





Internal



**OCTAVO. PERSONAS CON IGUAL O MEJOR DERECHO.** EL TERCERO, manifiesta 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 compromete personalmente a reembolsar a dicha(s) persona(s) cualquier suma que le sea exigida en la proporción de ley, exonerando de cualquier responsabilidad a el Tomador, Beneficiario, Asegurado, Propietario, el Conductor, 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.

**NOVENO. 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 No. 7 del Código Penal, en concordancia con el artículo 77 de la Ley 906 de 2004. En el evento en que EL TERCERO, proceda judicialmente a reclamar los perjuicios transigidos, pagarán a título de cláusula Penal el doble de la suma recibida, sin perjuicio de las acciones legales por los perjuicios causados a el Tomador, Beneficiario, Asegurado, Propietario, Conductor y La Aseguradora.

**DECIMA. TRATAMIENTO DE DATOS.** Mediante el presente acuerdo y con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, acepto el tratamiento como recolección, uso, almacenamiento y circulación sobre mis datos personales de identificación, contacto y datos sensibles de salud, así como todos aquellos que llegaré a entregar a los responsables para las siguientes finalidades de tratamiento, de acuerdo con la política de protección de datos personales de las Compañías disponible en [www.allianz.co](http://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 Allianz celebre contratos de transferencia o transmisión de datos y que sean necesarios para el cumplimiento de las finalidades del tratamiento.

En todo caso entiendo que las preguntas que me hagan sobre datos de sensibles de salud o de niños, niñas y adolescentes, tienen carácter facultativo y, por ende, no estoy obligado a responderlas. De igual forma, declaro entender que como titular de la información me 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 Allianz y que estos derechos los podré 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](mailto:servicioalcliente@allianz.co)



Internal

El presente documento se firma el 30 del mes de Julio del 2024.

**LA ASEGURADORA**

\_\_\_\_\_

**PROPIETARIO Y/O CONDUCTOR**


\_\_\_\_\_

C.C.

**EL TERCERO**

Maria Camila Guerrero  
**MARIA CAMILA GUERRERO RODRIGUEZ**  
C.C. N° 1075190045

Blanca Ines Rodriguez  
**BLANCA INES RODRIGUEZ FLOREZ**  
C.C. N° 40076793

  
**JOSE NEXIS GUERRERO VARGAS**  
C.C. N° 14217034





Internal



APODERADA

*Astrid Johanna Cruz*  
ASTRID JOHANNA CRUZ  
C.C. N° 40186973  
T.P. N° 159016



**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 y T.P. 159016

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, 2024-08-08  
10:38:29

*Astrid Johanna Cruz*  
Firma

ANA DE JESUS MONTES CALDERON  
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

760-bd76b6b  
www.notariadonlinea.com  
Cod.: pk0bm



*2024-08-08*

## NOTARÍA 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

10223



### DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

#### Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Villavicencio, 2024-07-30 08:06:33

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

GUERRERO RODRIGUEZ MARIA CAMILA Identificado con C.C. 1075790045

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



pdtng



x Maria Camila Guerrero  
FIRMA DEL COMPARECIENTE

### DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

#### Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Villavicencio, 2024-07-30 08:06:34

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

RODRIGUEZ FLOREZ BLANCA INES Identificado con C.C. 40076793

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



pdtmh



x Blanca Ines Rodriguez  
FIRMA DEL COMPARECIENTE

### DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

#### Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Villavicencio, 2024-07-30 08:06:34

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

GUERRERO VARGAS JOSE NEXIS Identificado con C.C. 14217034

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



pdtmi



x [Signature]  
FIRMA DEL COMPARECIENTE

CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES  
NOTARIO 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



**SEÑORES:**  
**FISCALIA 17 LOCAL DE VILLAVICENCIO - META**

**ACTA DE DESISTIMIENTO**

**REF: LESIONES CULPOSAS**  
**NUIP: 500016000564202304112**  
**INDICIADO: SANTIAGO ANDRES PUENTES SANDOVAL**

**MARIA CAMILA GUERRERO RODRIGUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.075.790.045, actuando en nombre propio y en calidad de **VICTIMA**, dentro del accidente de tránsito ocurrido el día 07 de octubre del 2023, a la altura de la carrera 48 con calle 14 sur de Villavicencio - Meta, donde se vio involucrado el vehículo de placas: **GSO620**, marca: **SUBARU**, por medio del presente escrito me permito indicar que, de manera libre, voluntaria y sin ningún tipo de apremio **DESISTO** de iniciar cualquier acción Penal, Civil o Contravencional en contra de(l) lo(s) indiciado(s), por los perjuicios ocasionados en los hechos que motivan el proceso de la referencia.

El presente desistimiento se realiza de conformidad con lo preceptuado al tenor del artículo 76 del Código de Procedimiento Penal, así como a las demás normas concordantes y aplicables al caso.

Para constancia de lo anterior se firma este documento en \_\_\_\_\_ a los 30 días del mes de JULIO del dos mil veinticuatro (2024)

Acepto,

Maria Camila Guerrero  
CC. N°. 1075790045  
Teléfono: 3219443069





**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: GUERRERO RODRIGUEZ MARIA CAMILA

Quien se identificó con: C.C. 1075790045

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, 2024-07-30  
14:19:37

x *Maria Camila Guerrero*  
Firma



786-89bc0b7e



www.notariainlinea.com  
Cod.: pee3r

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



*2027 ta*

REPUBLICA DE COLOMBIA  
NOTARIA 4 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO  
BIOMETRIA A SOLICITANTE  
DEL INTERESADO





REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.790.045  
GUERRERO RODRIGUEZ

APELLIDOS  
MARIA CAMILA

NOMBRES

Maria Camila Guerrero

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO  
**NEIVA**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.50**

ESTATURA  
**0+**

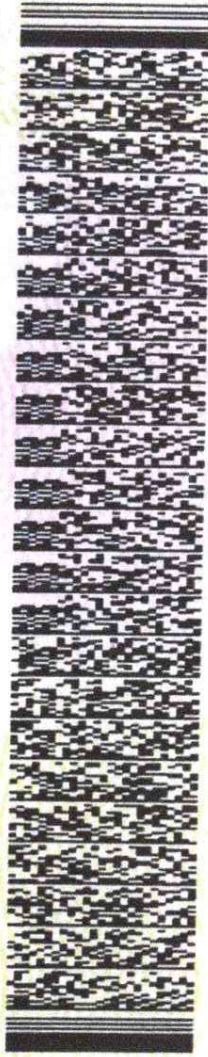
SEXO  
**F**

17-ENE-2022 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-5200150-01278411-F-1075790045-20220201 0077992286A 1 8503850141

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



## 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	Maria Camila Guerrero Rodriguez		Nit./C.C.
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Guerrero	Rodriguez	Maria Camila	
Tipo de documento	N°	Dirección	Teléfono
Villavicencio	1075.790.045	Calle 33 B # 14-12	3219443069

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 Maria Camila Guerrero identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 1075.790.045 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 cedula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a identificado con la cedula 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)	Número de Cuenta (validar según relación)	Tipo de Cuenta
	272003804	Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input checked="" type="checkbox"/>

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, 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](http://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](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO	
Nombre: <u>Maria Camila Guerrero</u>	
C.C. No. <u>1075790045</u>	

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 Itau	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Crédito Agrario	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 Guayaquil	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	8 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
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Fiservidina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

\*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

# 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

Personas Extranjeras

Cédula ☒ T.I. ☐ NIT. ☐ NUIP ☐

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

No

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 válido 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 ☒

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 ☒

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

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)  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. ☐ 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

Especifique



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
<b>Productos financieros en el exterior</b> ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?			
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	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 Maria C. Guerrero, 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 económica padres; 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 COLSEGUROS 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 DATA CRÉDITO 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) Quiénes 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](http://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:

Maria Camila Guerrero  
Nombre: Maria Camila Guerrero  
C.C. No. 1015740245



### CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique):
Fecha: Día Mes Año Hora
Observaciones
Nombre de la persona que la realiza y cargo:
Firma:
Resultado: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>

### 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:



Bogotá D.C., 23 de julio de 2024

Señores  
ALLIANZ SEGUROS S.A  
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente MARIA CAMILA GUERRERO RODRIGUEZ identificado con CC N° 1075790045, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 04-05-2022 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro Producto	Estado	Fecha Apertura
Cuenta De Ahorros	272003804	Activo	24/08/2021

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 23 días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Servicio

José José Federico Ustáriz González – Defensor del Consumidor Financiero principal, Pablo Valencia Agudo – Suplente, Carrera 11 A No. 96 – 51 Oficina 203, Bogotá D.C., teléfono 6108161/4. Horario: lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm en jornada continua; correo electrónico [defensoraitau@ustarizabogados.com](mailto:defensoraitau@ustarizabogados.com), página web [www.ustarizabogados.com](http://www.ustarizabogados.com). Funciones: dar trámite a las quejas contra las entidades vigiladas en forma objetiva y gratuita, actuar como conciliador entre los consumidores financieros y la entidad, de los asuntos de su competencia, es decir, aquellos que no se encuentren dentro del artículo 14 de la Ley 1328 de 2009, servicio gratuito, que podrá solicitar de manera explícita directamente ante el Defensor sin formalidad alguna, de conformidad con lo previsto en el numeral 11 del artículo 2.34.2 1.5 del Decreto 2555 de 2010 y la Ley 640 de 2001, el documento en el cual conste la conciliación realizada entre las partes prestará mérito ejecutivo y hará tránsito a cosa juzgada. Ser vocero de los consumidores financieros ante la Institución, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a las Juntas Directivas o Consejos de Administración de las entidades recomendaciones, propuestas y peticiones.