

Bogotá, 18 de noviembre de 2024

Señora:

**LILIANA YASMIN PEREZ RODRIGUEZ**

[LILIAYAPE@GMAIL.COM](mailto:LILIAYAPE@GMAIL.COM)

Medellín

**Referencia:** SINIESTRO: 10308013 CASO: 212953  
PÓLIZA: AA074944  
ASEGURADO: LUIS FERNANDO MUNERA CANO  
TOMADOR: AUTOBUSES POBLADO LAURELES S.A

Respetada señora,

En atención a la reconsideración presentada por Usted en calidad de reclamante, mediante la cual promueve la afectación de la póliza citada en asunto y solicita el reconocimiento y pago de indemnización con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el **24 de septiembre de 2024**, en el que se vieron involucrados el vehículo asegurado de placa **SMV211** y el automotor de placa **HNZ671** Sobre el particular, La Equidad Seguros Generales O.C., se permite manifestarle lo siguiente:

Frente a la indemnización el Código de Comercio manifiesta:

Artículo 1088. Carácter indemnizatorio del seguro. Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso."

"Artículo 1089. Cuantía máxima de la indemnización. Dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario."

Téngase en cuenta, además, que el seguro de responsabilidad civil extracontractual es de naturaleza meramente indemnizatoria y por lo tanto no puede representar lucro alguno para el beneficiario de la indemnización. Por esto es por lo que el valor del bien debe tomarse con el respectivo índice de demérito por uso, y no a reposición de nuevo, dado que al momento de ponerse este en funcionamiento pierde necesariamente parte de su valor.

Revisada la cotización por Usted remitida de Taller de Latonería y Pintura Eduardo Taborda, se toma como base de indemnización teniendo en cuenta los daños ocasionados al vehículo de su propiedad.

**Una aseguradora cooperativa con sentido social**

De otra parte, el artículo 1.103 del código de comercio define el deducible como la “cláusula según la cual el asegurado debe soportar una cuota del riesgo o de la pérdida, o afrontar la primera parte del daño...” Al respecto las condiciones generales de la póliza previamente mencionada, en su numeral 9 consagran: “el deducible determinado para cada amparo de la póliza es el porcentaje del daño indemnizable que invariablemente se deduce de esta y que, por lo tanto, siempre queda a cargo del asegurado”.

El concepto 2008065573-001 del 23 de noviembre de 2008, de la Superintendencia Financiera aclara que: “El monto de la indemnización puede verse disminuido si las partes han pactado que un porcentaje de la pérdida se asumirá a título de deducible por el asegurado, convenio que resulta legalmente viable, de acuerdo con nuestro ordenamiento mercantil.”

En efecto, la Sección I del Capítulo II, Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad de pactar, mediante cláusulas especiales, que el asegurado “...deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño”.

“Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado...”

Por otra parte, consideramos importante aclarar que, la cobertura de Responsabilidad Civil otorgada mediante la póliza No. **AA074944** tiene establecido un deducible de 10%, mínimo dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes para el año 2024.

Respetuosamente aclaramos que tanto en el artículo 1103 del Código de Comercio y los conceptos emitidos por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, han reiterado que el asegurado es quien afronta la primera parte del daño, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro las Compañías de Seguros solo indemniza la proporción de la pérdida que le corresponde. Por esta razón, La Equidad Seguros Generales O.C. está llamada a responder hasta el monto pactado en el contrato del seguro, sin asumir el deducible.

Con base en lo detallado anteriormente y una vez analizada la totalidad de documentos aportados para el estudio del reclamo **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** le informa que **RATIFICA** la suma de **UN MILLON NOVECIENTOS SEIS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE (\$1.906.300.00)**, como indemnización integral, es decir por todo concepto.

Una aseguradora cooperativa con sentido social



Para autorizar el giro correspondiente, le solicitamos diligenciar y autenticar la constancia de indemnización y paz y salvo, así mismo diligenciar los formatos adjuntos en los espacios señalados en color gris, de forma clara, legible con huella y número de identificación. Una vez diligenciados adjuntar copia de la cédula ampliada al 150 y certificación bancaria a nombre del beneficiario de pago.

Tenga en cuenta que la respuesta a su reclamación la enviaremos a la dirección electrónica informada en el formulario de reclamación web, a través de nuestra plataforma de gestión de siniestros, que genera respuestas automáticas de notificación hacia el cliente externo de la Aseguradora, la cual podrá identificar bajo el destinatario [onequidad@laequidadseguros.coop](mailto:onequidad@laequidadseguros.coop). Recuerde no responder, ni enviar documentos a este correo ya que es una dirección no habilitada para recibir información.

Si tiene alguna inquietud adicional, lo invitamos a acceder a nuestro portal web <https://www.laequidadseguros.coop/contacto/que-hacer-en-caso-de-siniestro> botón **Documentos anexos**, en el cual, Usted podrá cargar sus solicitudes de manera virtual, relacionando el número de caso **212953** y número de siniestro **10308013**, y con gusto la resolveremos.

Cordialmente,

**LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**

COORDINACIÓN DE INDEMNIZACIONES AUTOS Y RC

ELABORÓ: NP - ANALISTA DE INDEMNIZACIONES

Una aseguradora cooperativa con sentido social

**CONSTANCIA DE INDEMNIZACIÓN Y PAZ Y SALVO**

**ASEGURADO:** LUIS FERNANDO MUNERA CANO  
**TOMADOR:** AUTOBUSES POBLADO LAURELES S.A  
**RAMO:** RCE  
**POLIZA:** AA074944  
**SINIESTRO:** 10308013 **CASO:** 212953  
**AGENCIA:** MEDELLIN

Yo **LILIANA YASMIN PEREZ RODRIGUEZ**, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, que en adelante se llamará **EL RECLAMANTE**, obrando en mi calidad de propietario(a) del vehículo de placa **HNZ671**, tercero(a) afectado(a) y beneficiario(a) del siniestro con cargo a la póliza de la referencia, por medio del presente documento hago constar:

**PRIMERO.-** Que he llegado con **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** Aseguradora de los riesgos de Responsabilidad Civil Extracontractual, a un arreglo transaccional definitivo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 2469 del Código Civil Colombiano, con ocasión de la reclamación presentada a consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el **24 de septiembre de 2024**, en el cual se vio involucrado el vehículo asegurado de placa **SMV211** y el automotor afectado de placa **HNZ671**.

**SEGUNDO.-** Que, en virtud del presente acuerdo transaccional, se ha convenido que **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** indemnizará a **EL RECLAMANTE**, con cargo a la póliza AA074944, la suma de **UN MILLON NOVECIENTOS SEIS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE (\$1.906.300.00)**, como indemnización integral que satisface todos los daños y perjuicios ocasionados en el accidente ya mencionado. El anterior valor nace de tomar el total de la pérdida indemnizable **(\$4.506.300)** y de restar el deducible contratado en la póliza que para el caso que nos ocupa es de **(\$2.600.000)**, el cual debe conciliar directamente con el asegurado. **EL RECLAMANTE** declara cancelada la obligación de resarcir los perjuicios que le han sido indemnizados, mediante el presente acuerdo y libera de cualquier acción de responsabilidad a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** a **EL ASEGURADO** y al conductor del vehículo asegurado y por lo tanto se abstendrá de iniciar o continuar cualquier acción legal en contra de estas personas por los mismos hechos.

**TERCERO.-** En caso de que **EL RECLAMANTE** no sea quien aparece inscrito en el certificado de propiedad del vehículo o bien pero acredita ser tenedor o poseedor del mismo, reconoce que no existe otra u otras personas con igual o mejor derecho para reclamar la indemnización mencionada en la Cláusula Segunda y Tercera del presente documento, y en el evento de que aparezca alguien en esas mismas condiciones e igualdad de derechos, **EL RECLAMANTE** asumirá cualquier perjuicio que se le haya ocasionado a éste y exonera a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, de cualquier pago adicional que se relacione con los hechos reclamados.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

**CUARTO.-** Que en consecuencia de lo anterior, declaro a **PAZ Y SALVO** y libre de posteriores reclamos a **AUTOBUSES POBLADO LAURELES S.A.** en calidad de **Tomador del seguro**, a **LUIS FERNANDO MUNERA CANO** en calidad de **asegurado(a) y propietario(a) del vehículo placa SMV211, al conductor**, y a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** por los hechos ocurridos el **24 de septiembre de 2024.**

**QUINTO.-** De acuerdo con lo establecido en los artículos 15, 2483 y concordantes del Código Civil Colombiano, renuncio y desisto de las acciones y derechos que me confieren las leyes civiles y penales para iniciar en un futuro acción alguna que persiga el pago de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales en contra de **AUTOBUSES POBLADO LAURELES S.A.** en calidad de **Tomador del seguro**, de **LUIS FERNANDO MUNERA CANO** en calidad de **asegurado(a) y propietario(a) del vehículo placa SMV211, del conductor**, y de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** que busque el pago de los perjuicios que ya le han sido resarcidos mediante el presente acuerdo, salvo lo que respecta al deducible, cuando éste se establezca expresamente en la Cláusula Segunda y que está a cargo de EL ASEGURADO.

**SEXTO.-** Que ostento la calidad de *único beneficiario*, en virtud de que no existen más personas con igual o mejor derecho a reclamar y en caso de aparecer más beneficiarios responderé civil y pecuniariamente hasta la concurrencia de la suma indemnizada

Para constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2024.

Nombre y Firma:

Fecha de nacimiento día/mes/año

Cedula de Ciudadanía No.

Dirección / Tel

Fecha de elaboración: 18 de noviembre de 2024

Una aseguradora cooperativa con sentido social





N° SINIESTRO

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

AGENCIA	DD	MM	AAAA
---------	----	----	------

## 1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> OT. <input type="checkbox"/>	NÚMERO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>		N° DE HIJOS	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONÓMICA	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO	
CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA	
TELÉFONO		CELULAR	EMAIL
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:			

## 2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		NIT	
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	NÚMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO
PAG. WEB		FAX	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO
FAX		FAX	
TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/>	OTRA: _____
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:			

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/>		

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)

INGRESOS MENSUALES	\$	ACTIVOS	\$
EGRESOS MENSUALES	\$	PASIVOS	\$
OTROS INGRESOS	\$	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

## 4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

## 6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

## PERSONA NATURAL

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNE DIPLOMÁTICO).

## PERSONA JURÍDICA

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

## 7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

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

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.

HUELLA

## 8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS:

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS.


**AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**
**TIPO DE VINCULACIÓN:** PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☐ INTERMEDIAR ☐ OT ☐ CUAL: \_\_\_\_\_

**CONCEPTO DE PAGO:** DEVOLUCIÓN DE PRIMAS ☐ INDEMNIZACIÓN ☐ PRESTACIÓN DE SERVICIO ☐ CUAL: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA EMPRESA**

NOMBRE:		NIT:	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELÉFONOS:	FAX:	CELULAR:	

**INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL**

NOMBRES		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA EXPEDICIÓN	CIUDAD EXPEDICIÓN
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELÉFONOS:	FAX:	CELULAR:	

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

**CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS**

NÚMERO DE CUENTA	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	SUCURSAL	CIUDAD

**RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS**

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO		
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSIÓN	FAX	

  

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO		
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSIÓN	FAX	

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: \_\_\_\_\_

En constancia se firma en: \_\_\_\_\_ a los ( ) del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural