

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

Siniestro Nro. 125979651

Placa LGK783



Entre los suscritos, a saber:

ALLIANZ SEGUROS S.A. en su calidad de compañía de seguros, quien en adelante se denominará LA ASEGURADORA del vehículo de placa LGK783, de propiedad de NATALYA SALAZAR RINCON, quien en adelante se denominará EL ASEGURADO. Por otra parte, LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR, VICTIMA DIRECTA identificado con PPT 4743374, MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZCATEGUI en su calidad de compañera permanente de la víctima directa, la menor LUHANNA ISABELLA FERNANDEZ SAEZ identificada con PPT No 7.579.004 de Bogotá D.C, representada legalmente por MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZCATEGUI, hija de crianza de la víctima directa, la señora MARYINI KIRIMER FERNANDEZ RODRIGUEZ, persona mayor de edad identificado con PPT No 4.752.964 de Bogotá D.C, víctima indirecta en calidad de hija de crianza de la señora MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZCATEGUI para este acto representados por el Doctor DARWIN ERICK GONZALEZ HERRERA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.121.859.235 de Villavicencio y Tarjeta profesional No. 258.229 del C.S de la J. y 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. 23056430, para asegurar el vehículo de placa LGK783 de propiedad del ASEGURADO NATALYA SALAZAR, RINCON.

SEGUNDA. HECHOS. Accidente de tránsito que tuvo ocurrencia el día 14 de abril del 2023, en la calle 1 No 18-17 en la ciudad de Villavicencio, en el que resultó lesionado el señor LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR, hecho en el que se vio involucrado el rodante de placas LGK783 conducido por LAURA VALENTINA TORRADO GOMEZ, vehículo de propiedad de NATALYA SALAZAR, RINCON.

TERCERA. ACUERDO. Que en virtud de la Póliza de Automóviles No. 23056430, 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 ó perjuicio reconocido legalmente, como consecuencia del accidente antes mencionado **A LOS TERCEROS**, la suma de **OCHENTA Y DOS MILLONES DE PESOS MCTE (\$82'000.000)**, 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 autenticado 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 Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$52.000.000)**, a favor del señor **LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR**, identificado con **PPT No. 4743374**, a través de transferencia electrónica a la cuenta de ahorros N° 84458378958 del Bancolombia.
2. **LA SUMA DE TREINTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$ 30.000.000)**, a favor de **DARWIN ERICK GONZALEZ HERRERA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.121.859.235, a través de transferencia electrónica a la cuenta de ahorros N° 0570096470078443 del Banco Davivienda.

Una vez diligenciados el Formato Único de Conocimiento del Cliente, Formato de Autorización de Pagos, y aportada la certificación bancaria que corresponda, 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 30 Local de Villavicencio**, bajo el **SPOA** número 500016000563202380195 por el

Simple delito de lesiones Culposas en contra de la señora LAURA VALENTINA TORRADO SÓMEZ. De la misma forma se dará por terminado proceso civil adelantado ante el Juzgado Civil Municipal de Villavicencio RADICADO No. 50001400300620240094800.

PARÁGRAFO UNO. LOS TERCEROS, en calidad de víctimas, 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 por transacción.

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 renuncian 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 mencionada, 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 TERCEROS procedan judicial o extrajudicialmente a solicitar nuevamente indemnización de los perjuicios pagados por LA ASEGURADORA, EL TOMADOR, ASEGURADO, PROPIETARIO Y/O CONDUCTOR AUTORIZADO; pagarán 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 a 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 28 días del mes de febrero de 2025

LA ASEGURADORA

Allianz Seguros S.A.

NATALYA SALAZAR RINCON
CC 1.098.711.861
PROPIETARIA

Laura Valentina Torrado Gomez
CC 1007.011.950
CONDUCTORA

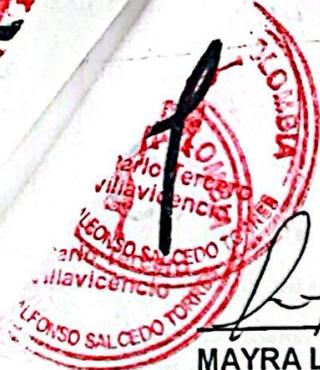
LOS TERCEROS

Cortez Leopoldo.

LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR
PPT 4743374
VICTIMA DIRECTA - LESIONADO

Maryini Fernández

MARYINI KIRIMER FERNANDEZ RODRIGUEZ
PPT No 4.752.964 de Bogotá D.C,
VICTIMA INDIRECTA



MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZATEGUI
PPT No 4.759.781 de Bogotá D.C
VICTIMA INDIRECTA



DARWIN ERICK GONZALEZ HERRERA
C.C. No 1.121.859.235 de Villavicencio
T.P. No. 258.229 del C.S. de la J.
APODERADO DE LOS TERCEROS RECLAMANTES Y DEMANDANTES
Xx2702



DIRECCION DE RECONOCIMIENTO

NOTARÍA 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

6788



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO



tgm4c



Villavicencio, 2025-03-03 16:40:00

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

CORTEZ DEL VILLAR LEOPOLDO ALONZO Identificado con PPT 4743374

y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. CONTRATO DE RANSACCION-----

x Cortez Leopoldo
FIRMA DEL COMPARECIENTE

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO



tgm4d



Villavicencio, 2025-03-03 16:40:00

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

MARYINI KIRIMER VEN Identificado con PPT 4752964

y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. CONTRATO DE TRANSACCION-----

x Maryini Fernández
FIRMA DEL COMPARECIENTE

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO



tgm4e



Villavicencio, 2025-03-03 16:40:00

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

RODRIGUEZ UZCATEGUI MAYRA LISSETT Identificado con PPT 4759781

y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. CONTRATO DE RANSACCION-----

x [Signature]
FIRMA DEL COMPARECIENTE



CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES
NOTARIO 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



NOTARÍA 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012



tgmo3

Villavicencio, 2025-03-03 16:47:24

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

GONZALEZ HERRERA DARWIN ERICK Identificado con C.C. 1121859235

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 para verificar este documento. **CONTRATO DE TRANSACCION-----**

x 
FIRMA DEL COMPARECIENTE


CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES
NOTARIO 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



Señor (a)
FISCALIA 30 LOCAL DE VILLAVICENCIO
E. S. D.
Ref. Radicado No 500016000563202380195
Delito LESIONES CULPOSAS
Indiciada: LAURA VALENTINA TORRADO GOMEZ

LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR, Lesionado identificado con PPT 4743374
MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZCATEGUI en su calidad de compañera permanente de la víctima directa, la menor LUHANNA ISABELLA FERNANDEZ SAEZ identificada con PPT No 7.579.004 de Bogotá D.C, representada legalmente por MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZCATEGUI, la hija de crianza de la víctima indirecta, la señora MARYINI KIRIMER FERNANDEZ RODRIGUEZ, persona mayor de edad identificada con PPT No 4.752.964 de Bogotá D.C, para este acto representados por el Doctor DARWIN ERICK GONZALEZ HERRERA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.121.859.235 de Villavicencio y Tarjeta profesional No. 258.229 del C.S de la J. ; manifestamos a Usted que hemos recibido indemnización integral por el pago de la totalidad de los perjuicios sufridos por los suscritos como VICTIMA DIRECTA E INDIRECTAS con ocasión del accidente de tránsito que tuvo ocurrencia el día 14 de abril del 2023, en la calle 1 frente al No 18-17 en la ciudad de Villavicencio, en el que resultó lesionado el suscrito LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR, hecho en el que se vio involucrado el rodante de placas LGK783, conducido por LAURA VALENTINA TORRADO GOMEZ, vehículo de propiedad de NATALYA SALAZAR, RINCON.

Por lo anterior solicitamos de manera respetuosa:

Que se ordene el archivo de las diligencias en favor de la indiciada la señora LAURA VALENTINA TORRADO GOMEZ, teniendo como base esta indemnización integral, así como se ordene la entrega definitiva del automotor

Cordialmente

LAS VÍCTIMAS



Leopoldo Cortez

LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR
CC 4743374
VÍCTIMA DIRECTA- LESIONADO



Maryini Fernández

MARYINI KIRIMER FERNANDEZ RODRIGUEZ
PPT No 4.752.964 de Bogotá D.C,
VÍCTIMA INDIRECTA

MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZCATEGUI
PPT No 4.759.781 de Bogotá D.C
VÍCTIMA INDIRECTA

DARWIN ERICK GONZALEZ HERRERA
C.C. No 1.121.859.235 de Villavicencio
T.P. No. 258.229 del C.S. de la J.
APODERADO DE VÍCTIMAS
Xx2702



NOTARÍA 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

6788



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO



tgmah



Villavicencio, 2025-03-03 16:41:54

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

CORTEZ DEL VILLAR LEOPOLDO ALONZO Identificado con PPT 4743374

y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. FISCALIA 30 LOCAL VILLAVICENCIO /LESIONES CULPOSAS-----

x Cortez Leopoldo
FIRMA DEL COMPARECIENTE

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO



tgmak



Villavicencio, 2025-03-03 16:41:54

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

MARYINI KIRIMER VEN Identificado con PPT 4752964

y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. FISCALIA 30 LOCAL VILLAVICENCIO /LESIONES CULPOSAS-----

x Maryini Fernández
FIRMA DEL COMPARECIENTE

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO



tgmak



Villavicencio, 2025-03-03 16:41:55

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

RODRIGUEZ UZCATEGUI MAYRA LISSETT Identificado con PPT 4759781

y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. FISCALIA 30 LOCAL VILLAVICENCIO /LESIONES CULPOSAS-----

x [Signature]
FIRMA DEL COMPARECIENTE





NOTARÍA 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

6788



PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Villavicencio, 2025-03-03 16:49:11

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

GONZALEZ HERRERA DARWIN ERICK Identificado con C.C. 1121859235

Presentó el documento dirigido a: FISCALIA 30 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 para verificar este documento. LESIONES CULPOSAS---



tgmsm



x

FIRMA DEL COMPARECIENTE

[Faint, mostly illegible text from the document body, including names like VALENTINA TORRALDO and various phrases.]



Señor (a)
Juzgado 6 Civil Municipal
Villavicencio
E. S. D.

Asunto: PETICIÓN DE TERMINACIÓN DEL PROCESO POR TRANSACCIÓN Tercero
Demanda Declarativa de Responsabilidad Civil.
RADICADO: 50001400300620240094800
DEMANDANTE: LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR, LUHANNA ISABELLA FERNANDEZ SAEZ, MARYINI KIRIMER FERNANDEZ RODRIGUEZ, MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZCATEGUI.

DEMANDADOS: LAURA VALENTINA TORRADO GOMEZ, NATALYA SALAZAR RINCON y ALLIANZ SEGUROS S.A.

LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR, identificado con PPT 4743374, MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZCATEGUI, la menor LUHANNA ISABELLA FERNANDEZ SAEZ identificada con PPT No 7.579.004 de Bogotá D.C, representada legalmente por MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZCATEGUI, la señora MARYINI KIRIMER FERNANDEZ RODRIGUEZ, persona mayor de edad identificada con PPT No 4.752.964 de Bogotá D.C, en nuestra calidad de demandantes, para este acto representados por el Doctor DARWIN ERICK GONZALEZ HERRERA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.121.859.235 de Villavicencio y Tarjeta profesional No. 258.229 del C.S de la J.. ; manifestamos a Usted, señor Juez, que hemos recibido indemnización integral por el pago de la totalidad de los perjuicios sufridos por nosotros con ocasión del Accidente de tránsito narrado en los hechos de la demanda, pago que se logró mediante acuerdo transaccional

Por lo anterior solicitamos de manera respetuosa:

PRIMERO Aceptar la transacción hecha entre las partes.

SEGUNDO: Consecuencialmente, dar por terminado el proceso por transacción de las pretensiones

TERCERO: Ordenar el archivo del proceso

CUARTO: No condenar en costas ni agencias en derecho a ninguna de las partes

QUINTO: Ordenar el levantamiento de las mías cautelares, emitiendo los oficios respectivos.

Cordialmente


Cortez Leopoldo.

LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR
CC 4743374
DEMANDANTE



Maryini fernández

MARYINI KIRIMER FERNANDEZ RODRIGUEZ
PPT No 4.752.964 de Bogotá D.C,
DEMANDANTE



MAYRA LISSETT RODRIGUEZ UZCATEGUI
PPT No 4.759.781 de Bogotá D.C
DEMANDANTE



DARWIN ERICK GONZALEZ HERRERA
C.C. No 1.121.859.235 de Villavicencio
T.P. No. 258.229 del C.S. de la J.
APODERADO
Xx2702



NOTARÍA 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

6788



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Villavicencio, 2025-03-03 16:46:03

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

CORTEZ DEL VILLAR LEOPOLDO ALONZO Identificado con PPT 4743374

y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. JUZGADO 6 CIVIL/PETICION TERMINACION PROCESO---



tgmku



x Cortez Leopoldo
FIRMA DEL COMPARECIENTE

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Villavicencio, 2025-03-03 16:46:03

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

MARYINI KIRIMER VEN Identificado con PPT 4752964

y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. JUZGADO 6 CIVIL/PETICION TERMINACION PROCESO---



tgmkv



x Maryini Fernández
FIRMA DEL COMPARECIENTE

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Villavicencio, 2025-03-03 16:46:04

Ante la Notaría Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

RODRIGUEZ UZCATEGUI MAYRA LISSETT Identificado con PPT 4759781

y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. JUZGADO 6 CIVIL/PETICION TERMINACION PROCESO---



tgmkw



x [Signature]
FIRMA DEL COMPARECIENTE





6788



NOTARÍA 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012



tgmvw



Villavicencio, 2025-03-03 16:50:36

Ante la Notaria Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

GONZALEZ HERRERA DARWIN ERICK Identificado con C.C. 1121859235

Presentó el documento dirigido a: JUZGADO 6 CIVIL 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 para verificar este documento. PETICION TERMINACION PROCESO-----

x

FIRMA DEL COMPARECIENTE

[Handwritten signature of Darwin Erick Gonzalez Herrera]

CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES
NOTARIO 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



Formulario 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%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad:

Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (Individualización del producto):

Tomador - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál: _____
Tomador - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál: _____
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál: _____

Persona Natural

Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> No: <input type="text"/> Fecha de expedición: <input type="text"/> Lugar de expedición: <input type="text"/>	Personas Extranjeras C. Extranjería <input checked="" type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/> No: <input type="text" value="4743374"/> 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 cuál ingresó a Colombia: No: <input type="text"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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: _____

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

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

Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI NO

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

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: _____

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860177404-1 - Allianz Seguros S.A. NIT: 860106128-9 DE COLOMBIA

VIGILADO

Los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin intermedios, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y cumple con los requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en el sitio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

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

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 No Cuál _____ Indique otras operaciones _____

¿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 ASAPSA General 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.) ASAPSA General; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERALTO 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 autorizadas por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CFIN, 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: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (I) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si No
- (II) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información y otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si No
- (III) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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 negociales.

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.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Cortez Reinaldo
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social: _____
Clave No./ Cargo del funcionario: _____

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: _____

Formulario 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%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (Individualización del producto):

Tomador - Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: _____
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: _____
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: _____

Persona Natural

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> No <input type="text" value="1.121.859.235"/> Fecha de expedición <input type="text" value="20-12-2007"/> Lugar de expedición <input type="text" value="Villavicencio"/>	Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/> No <input type="text"/> 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 cuál ingresó a Colombia: No <input type="text"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 _____

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
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI NO
 Existe algún vinculo entre Ud. y una persona considerablemente públicamente expuesta? SI NO

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

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 _____

... los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin intermedios, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y cumple con los requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en el socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

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 espacio 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"/>		

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 No Cuál _____ Indique otras operaciones _____

¿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 Darwin Erick Gonzalez Herrera, 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.) Ahogado; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA 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; 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 CFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecoldata - 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: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (I) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si No
 - (II) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de productos, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si No
 - (III) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si No
- El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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 negociales.

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.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

[Firma manuscrita]
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN
(Intermediario o funcionario al el negocio es directo):

Nombre/Razón Social: _____
Clave No./ Cargo del funcionario: _____

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: _____

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: **COSTEZ DEL VILLAR LEOPOLDO ALONZO** NIT./C.C. **PPT 4743374**
 Oficina principal Dirección: **calle 17 SUR 10 5B ESTE** Ciudad: **villaverencio** Teléfono:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido: **Costez** Segundo Apellido: **DEL VILLAR** Nombres Completos: **LEOPOLDO ALONZO**
 Tipo de documento: **PPT** N°: **4743374** Dirección: **Calle 17 Sur 10 5B Este 131 Villaverencio**
 Ciudad: **V/cio** 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 **Leopoldo Alonzo C** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **4743374** 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) Tipo de Cuenta Corriente Ahorros
 Número de Cuenta (validar según relación) **84450338958**

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 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.

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: **Leopoldo**
 C.C. No. **4743374**


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
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 Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Heim Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
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
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
Finandina 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.

VIGILADO. SUPERINTENDENCIA FINANCIERA. Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1. Allianz Seguros S.A. NIT. 860.026.182-5. DE COLOMBIA

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 considerablemente SI NO

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

Tomador

Nombre o razón social **Darwin Erick González** N.º / C.C. **1.121.859.235**
 Oficina principal Dirección **Calle 40 # 32-50** Ciudad **Villavicencio** Teléfono **311 858 5412**

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 **Darwin Erick González Herrera** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. **1.121.859.235** 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) Tipo de Cuenta Corriente Ahorros
 Número de Cuenta (validar según relación) **096970078443**

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.

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

 Nombre: **Darwin Erick González**
 C.C. No. **1.121.859.235**

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
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

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
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
Davienvienda	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
Finandina 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 - Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5 - COLOMBIA

VIGILADO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 4752964

COL

FERNANDEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
MARYINI KIRIMER

NOMBRES
VEN

NACIONALIDAD
28182637

F
SEXO

DNI Nro.
29-05-2001

FECHA DE NACIMIENTO
20-05-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



Maryini

FIRMA

VISIBLES

E2077592



INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL4752964<<9<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
0105293F3105308VENE2077592<<<4
FERNANDEZ<RODRIGUEZ<<MARYINI<K

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.859.235
GONZALEZ HERRERA

APELLIDOS
DARWIN ERICK

NOMBRES



[Handwritten signature]
FIRMA



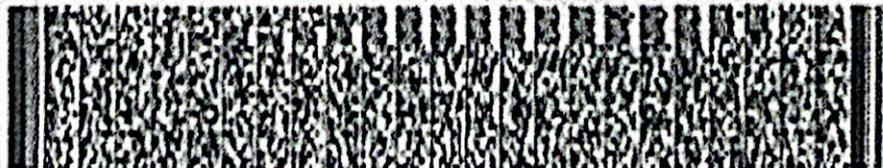
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1989
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA O+ G.S. RH M SEXO

20-DIC-2007 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALINCO VACA



A-5200100-00797476-M-1121859235-20160303 0048781906A 1 6713815728

Escaneado con CamScanner

Certificado Bancario

Lunes, 3 de marzo de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LEOPOLDO ALONZO CORTEZ DEL VILLAR identificado(a) con PPT 6004743374, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84458378958	2023/10/06	ACTIVA

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

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

VILLAVICENCIO,
META,
COLOMBIA,
A quien interese

17/02/2025

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **DARWIN GONZALEZ** con Cédula de Ciudadanía número **1121859235**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570096470078443
Fecha de apertura	21/08/2014

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VILLAVICENCIO
DEPARTAMENTO DE META
COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
TEL. 860.034.313-7