

Señores
FISCALÍA 43 LOCAL DE CALI
La ciudad

DELITO: LESIONES CULPOSAS EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO
INDICIADO : JULIO CESAR CORRALES GRANJA
VÍCTIMA: CHRISTIAN CAMILO CASTRILLON RENDON
RADICADO: 760016099165202381782

CHRISTIAN CAMILO CASTRILLON RENDON, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.020.423.606, *en calidad de lesionado*, manifiesto que de manera voluntaria, libre y consciente **DESISTO** de toda acción de carácter penal, civil, administrativa y policiva en contra del señor **JULIO CESAR CORRALES GRANJA** identificado con la cédula No. 16.769.811 en calidad de conductor del vehículo de placas **KYS-451**, como consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el 17 de Junio de 2023,. Este desistimiento lo hago debido a que no es mi deseo continuar con el proceso penal por lesiones que cursa en su despacho y manifiesto que soy conocedor de mis derechos a la verdad, a la justicia y la reparación y he sido reparado de manera integral.

Para constancia de lo anterior firmo en Cali a los 13 días del mes de Febrero de 2025.

Atentamente,

Christian C. Castrillon R.

CHRISTIAN CAMILO CASTRILLON RENDON
C.C. No. 1.020.423.606

 **REPÚBLICA DE COLOMBIA**
Notaria 18 del Circulo de Cali
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
BIOMETRIA

ANTE LEISBY JOHANNA OSPINA RUIZ, NOTARIA (E) 43 DEL CÍRCULO DE CALI, se constató que el/la **CASTRILLON RENDON CHRISTIAN CAMILO** identificado con C.C. 1020423606, quien además declaró que su contenido es cierto y verdadero y que la firma que en él aparece es suya. Solicito y autorizo 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.

Cali, 2025-02-14 15:29:34

X *Christian C. Castrillon R.*
Firma Declarante

 Cod. t316a

 9296-a3744ee5

LEISBY JOHANNA OSPINA RUIZ
NOTARIA (E) 43 DEL CÍRCULO DE CALI

 **Leisby Johanna Ospina Ruiz**
NOTARIA ENCAJADO
Departamento del Valle del Cauca



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BELLO,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quien interese

13/02/2025

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **CHRISTIAN CAMILO CASTRILLON RENDON** con Cédula de Ciudadanía número 1020423606

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570030270033704
Fecha de apertura	13/03/2008

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACIÓN		INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)				FECHA DE VINCULACIÓN			
TOMADOR ☐	APODERADO ☐	Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Personal ☐ Tomador - Asegurado ☐ Tomador - Beneficiario ☐ Asegurado - Beneficiario ☒				OFICINA: CALI 14 02 2025 PÓLIZA NUEVA ☐ PÓLIZA RENOVADA ☐ INDEMNIZACIÓN ☒			

1. PERSONA NATURAL									
PRIMER APELLIDO: Castrillon		SEGUNDO APELLIDO: Rendon		NOMBRES: Christian Camilo					
C.C. ☒ C.E. ☐ P.S. ☐ PEP ☐ P.E.P.C. ☐	NÚMERO: 1020423606		LUGAR DE EXPEDICIÓN: Bello Antioq		FECHA DE EXPEDICIÓN: 18-Jul-2007		FECHA DE VENCIMIENTO (APLICAR TIPO D (GE, PS, PER, PERC))		GÉNERO: F ☐ M ☐
PAÍS Y LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia		FECHA DE NACIMIENTO: 09-07-1989		NACIONALIDAD: Colombiano		¿TRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA? SI ☐ NO ☒ CUAL: _____		No DE IDENTIFICACIÓN: _____	
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? SI ☐ NO ☒ MOTIVO: _____				NÚMERO ID FISCAL: _____		¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI ☐ NO ☒			
¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? SI ☐ NO ☒				TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL: ASALARIADO ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ INDEPENDIENTE ☐ INVERSIONISTA ☐ PENSIONADO ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐					
SECTOR: AGROPECUARIO ☐ COMERCIO ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ FINANCIERO ☐ INDUSTRIAL ☐ MINERO Y ENERGÉTICO ☐ SERVICIOS ☐ SOLIDARIO ☐ TRANSPORTE ☐				NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Tecniquimicas S.A.					
CARGO: Entrenador		CIUDAD EMPRESA: cali		DIRECCIÓN EMPRESA: CL. 23 # 7-34		TELÉFONO EMPRESA: 8825555		DIRECCIÓN RESIDENCIA: CL. 30e # 56-241	
CIUDAD RESIDENCIA: cali		TELÉFONO: _____		CELULAR: 3043850872		EMAIL: Castri1718@Hotmail.com			
ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____				CÓDIGO CIU: _____		¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)			
INGRESOS MENSUALES: 11.000.000		EGRESOS MENSUALES: 3.000.000		OTROS INGRESOS: _____		ACTIVOS: 300.000.000		PASIVOS: 150.000.000	
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI ☒ NO ☐				CONCEPTO OTROS INGRESOS: _____					
ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI ☐ NO ☒				ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI ☐ NO ☒					
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL SI ☐ NO ☒				O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☒					
TIENE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI ☐ NO ☒				SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS					

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

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

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

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

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

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente conforme al (Decreto 1674 de 2016); ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.
Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

*Si la respuesta fue "SI", diligenciar formato W9, W8 Ben o W8 Ben-E según corresponda

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

7. FIRMA Y HUELLA

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

Christian C. Castrillon R.
FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1020423606 Bello (Antioquia)



8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA				
FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA
RESULTADO	ACEPTADO ☐		RECHAZADO ☐	
OBSERVACIONES				
NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE				
FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE				

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA
OBSERVACIONES				
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN				
FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN				
C.C.				

VERSIÓN 2021 01 SARLAFT

Cali, Febrero 13 de 2025

Señores

MAPFRE SEGUROS SA

Departamento Indemnizaciones autos La
ciudad

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PAGO HONORARIOS

CHRISTIAN CAMILO CASTRILLON RENDON, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.020.423.606, me permito manifestar que autorizó que el pago de la indemnización por valor de CIENTO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$100.000.000) se fraccione de la siguiente forma el 70 % es decir la suma de SETENTA MILLONES DE PESOS M/CTE \$70.000.000 que sea consignado en la cuenta de ahorros No. 030270033704 del Banco Davivienda a mi nombre **CHRISTIAN CAMILO CASTRILLON RENDON**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.020.423.606, el 30 % La suma de **TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE \$30.000.000** que sea consignada en la cuenta de ahorros No. 5862011786 del banco Scotiabank Colpatria s.a, a nombre de **LILIANA SANABRIA MONTOYA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 66.990.159 de Cali.

Atentamente,

Christian C. Castrillon R.

CHRISTIAN CAMILO CASTRILLON RENDON

C.C. No. 1.020.423.606

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Notaria 18 del Circulo de Cali
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
BIOMETRIA

ANSELMO JOHANN OSPINA RUIZ (NOTARIO) Y DEL CÍRCULO DE CALI hace constar que el
estrito antecedente fue presentado personalmente por

CASTRILLON RENDON CHRISTIAN CAMILO
Identificado con C.C. 1020423606
quien además declaró que su contenido es cierto y verdadero y que
la firma que en el aparece es suya. Solicito y autorizo el tratamiento
de sus datos personales al ser verificada su identidad escaneando 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.

Cali, 2025-02-14 15:29:31

X. *Christian C. Castrillon R.*
Firma Declarante

LEISBY JOHANN OSPINA RUIZ
NOTARIA (E) 18 DEL CÍRCULO DE CALI

Cod. t3166
9296-c01f8df2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.020.423.606**
CASTRILLON RENDON

APELLIDOS
CHRISTIAN CAMILO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **09-JUL-1989**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

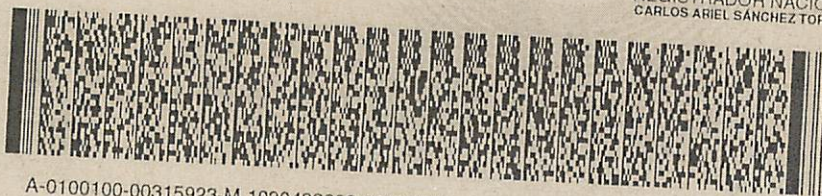
M
SEXO

18-JUL-2007 BELLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0100100-00315923-M-1020423606-20110725

0027495706A 1

2071379423

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
06.930.159

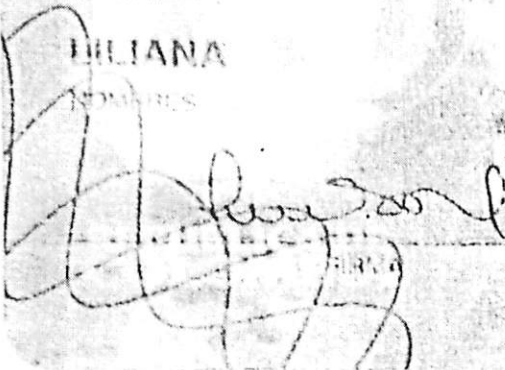
NOMBRE

SANABRIA MONTOYA

APellidos

LILIANA

Nombre



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

26-FEB-1977

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

B+

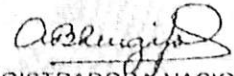
G.S. RH

F

SEXO

04-MAY-1995 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADORA NACIONAL
ALMAREATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-3100100-65138391-F-0066990159-20051011

0218305283C 02 166477695



MAPFRE
COLOMBIA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACIÓN		INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)				FECHA DE VINCULACIÓN			
TOMADOR ☐	ASEGURADO ☒	Familiar	Comercial	Laboral	Personal	OFICINA			
ASEGURADO ☐	AFIANZADO ☐	Tomador - Asegurado				20.02.2025			
BENEFICIARIO ☐		Tomador - Beneficiario				Póliza Nueva ☐			
		Asegurado - Beneficiario				Póliza Renovada ☐			
						Indemnización ☒			

1. PERSONA NATURAL									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES					
Sanabria		Martoya		Liliana					
C.C. ☒ P.S. ☐ P.E.P. ☐	NÚMERO	LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE VENCIMIENTO		GÉNERO	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN
	66990159	Cali						F ☐ M ☐	
PAÍS Y LUGAR DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA?			ESTADO CIVIL		
Colombia Cali 26-02-1999		Colombiana		SI ☐ NO ☒ CUAL					
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA?				NÚMERO ID FISCAL		¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL?			
SI ☐ NO ☒ MOTIVO:						SI ☐ NO ☐			
¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA?				TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL					
SI ☐ NO ☒				ASALARIADO ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐					
				INDEPENDIENTE ☐ INVERSIONISTA ☐ PENSIONADO ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐					
SECTOR		NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA							
AGROPECUARIO ☐ COMERCIO ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ FINANCIERO ☐ INDUSTRIAL ☐		1. Sanabria Jurídicas Integradas SAS							
MINERO Y ENERGÉTICO ☐ SERVICIOS ☒ SOLIDARIO ☐ TRANSPORTE ☐									
CARGO		CIUDAD EMPRESA		DIRECCIÓN EMPRESA		TELÉFONO EMPRESA		DIRECCIÓN RESIDENCIA	
Abogada		Cali		Cra 98 # 53-181		3164828887		Cra. 97 # 42-101.	
CIUDAD RESIDENCIA		TELÉFONO		CELULAR		EMAIL			
Cali		3164828887		3164828887		grupojuridicas@sanabria.com			
ACTIVIDAD SECUNDARIA		CÓDIGO CIU		¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)					
		6910							
INGRESOS MENSUALES		3'700'000		ACTIVOS		300.000.000			
EGRESOS MENSUALES		4'000'000		PASIVOS		100.000.000			
OTROS INGRESOS				CONCEPTO					
				OTROS INGRESOS					
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI ☐ NO ☒									
ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI ☐ NO ☒									
ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI ☐ NO ☒									
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL SI ☐ NO ☒									
O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☒									
TIENE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI ☐ NO ☒									
SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS									

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

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

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

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES	
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI ☐ NO ☒
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	SI ☐ NO ☒
IMPORTACIONES	EXPORTACIONES
TRANSFERENCIAS	GIROS
	PRÉSTAMOS

TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MÓNTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

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

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas públicamente conforme al (Decreto 1674 de 2016), ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona públicamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.
Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

*Si la respuesta fue "SI", diligenciar formato W9, W8 Ben o W8 Ben-E según corresponda



CamScanner

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

7. FIRMA Y HUELLA

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

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.C.



8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA				
FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA
RESULTADO	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		
OBSERVACIONES				
NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE				
FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE				

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA
OBSERVACIONES				
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN				
FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN				
C.C.				

VERSIÓN 2021 01 SARLAFT

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 5862011786 , con fecha de apertura 28 de Agosto de 2017 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): LILIANA SANABRIA MONTOYA
Identificado(a) con tipo de documento C No. 66.990.159

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Febrero de 2025 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com
 Scotiabank  COLPATRIA