

CONTRATO DE TRANSACCIÓN

SINIESTRO: 10295250 - CASO 220240/ 218084

PÓLIZA: AA003884

TOMADOR: SOCIEDAD TRANSPORTADORA DEL CAUCA S.A. - SOTRACAUC

ASEGURADO: BEATRIZ ELENA RÍOS MUELAS



Entre los suscritos:

LOS RECLAMANTES:

1. DUVÁN MAURICIO MARTÍNEZ ROJAS mayor de edad, identificado con C.C. No. 10.308.136, domiciliado en Popayán,
2. LORENA RESTREPO ZULUAGA mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía No. 38.557.524 actuando a nombre propio y en representación de su hija menor de edad MARÍA ANTONIA MARTÍNEZ RESTREPO identificada con tarjeta de identidad No. 1.105.382.808 de Popayán, ambas domiciliadas en Popayán
3. MARÍA YOLANDA ROJAS mayor de edad identificada con C.C. No. 34.529.506, domiciliada en Popayán

Quienes en adelante se denominarán **LOS RECLAMANTES**.**APODERADO DE LOS RECLAMANTES:**

FABIÁN ANDRÉS MARTÍNEZ PAZ, mayor de edad identificado con C. C. No. 1.061.726.573, expedida en Popayán, domiciliado en Popayán, abogado en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 242.516 del C. S. de la Judicatura, quien actúa como apoderado especial de los reclamantes.

LOS RECLAMADOS:

1. **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, NIT. 860.028.415-5 sociedad debidamente constituida, actuando a través de su apoderado general **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, según consta en el poder otorgado mediante escritura pública número 2779 del 02 de diciembre de 2021 de la Notaria 10 del Circuito de Bogotá, Aseguradora de los riesgos de responsabilidad civil del vehículo de placa WCW566 para la fecha 21 de febrero de 2024.

Página 1 de 5

Una aseguradora cooperativa con sentido social

2. **WILSON DAVID PILLIMUE TERAS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.059.599.540; representado por ANDREA RESTREPO CALDERÓN, identificada con la cédula de ciudadanía No. 25.273.234 expedida en Popayán, abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 121.521 del C.S. de la J.
3. **BEATRIZ ELENE RÍOS MUELAS**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 25.277.733, representado por ANDREA RESTREPO CALDERÓN, identificada con la cédula de ciudadanía No. 25.273.234 expedida en Popayán, abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 121.521 del C.S. de la J.
4. **SOCIEDAD TRANSPORTADORA DEL CAUCA- SOTRACAUCA S.A.**, identificada con el NIT. 891.500.551-5, representada por ANDREA RESTREPO CALDERÓN, identificada con la cédula de ciudadanía No. 25.273.234 expedida en Popayán, abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 121.521 del C.S. de la J.

Hemos convenido celebrar el presente contrato de transacción, normado por Libro Cuarto, Título XXXIX art. 2469 y siguientes del Código Civil, y en el artículo 312 del Código General del Proceso, para que tenga efectos de cosa juzgada, sin que esto sea considerado por alguna de las partes como aceptación de responsabilidad penal o civil y se rija por las cláusulas que a continuación se estipulan:

PRIMERA: OBJETO DEL ACUERDO. Las partes aceptan de común acuerdo suscribir contrato de transacción referente a la indemnización por daños y perjuicios pasados, presentes y futuros, directos, indirectos, de orden patrimonial y extrapatrimonial, con ocasión del accidente de tránsito presentado el día 21 de febrero de 2024, en el que se vio involucrado el vehículo asegurado de placa WCW566, evento ocurrido a la altura del Km 13+500 del Sector La Venta del municipio de Cajibío en la vía que de Popayán lleva a Cali, cuando el vehículo de placas CMN749 habría chocado con el vehículo asegurado de placas WCW566, hecho en el que resultó lesionado el señor DUVÁN MAURICIO MARTÍNEZ quien recibió una incapacidad médico legal definitiva de quince (15) días, sin secuelas médico legales al momento del examen, y donde además resultó afectado en su estructura el vehículo de placas CMN749 quedando contemplados la totalidad de los perjuicios a título hereditario y personal, patrimoniales y extrapatrimoniales, ciertos y eventuales, presentes y futuros, que haya sufrido o sufra LOS RECLAMANTES.

SEGUNDA: VALOR INDEMNIZACIÓN. LOS RECLAMANTES aceptan como indemnización total y conjunta por los perjuicios que sufrieron, lo cual incluye los perjuicios patrimoniales, extrapatrimoniales, presentes, futuros, directos e indirectos y en general cualquier tipo de perjuicio derivado del accidente presentado el día 21 de febrero de

Página 2 de 5

Una aseguradora cooperativa con sentido social



equidad

2024, como suma única, total y definitiva, la cantidad de: **DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE COLOMBIANA (\$17.568.200)**. La suma descrita será cancelada dentro del mes siguiente a la radicación ante LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. del presente contrato y de los demás documentos exigidos conforme se describen más adelante.



TERCERA. FORMA DE PAGO. LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. se compromete a pagar la totalidad de la suma acordada por valor de **DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE COLOMBIANA (\$17.568.200)** de la siguiente manera:

1. La suma de **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE COLOMBIANA (\$3.500.000)** vía transferencia bancaria BANCOLOMBIA a la Cuenta de ahorros No 86828512571 a nombre del señor DUVÁN MAURICIO MARTÍNEZ ROJAS. Lo anterior es plenamente autorizado por LOS RECLAMANTES, quienes, mediante la firma del presente contrato, otorgan la facultad expresa de recibir dinero por concepto de indemnización.
2. La suma de **CATORCE MILLONES SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE COLOMBIANA (\$14.068.200)** vía transferencia bancaria BANCOLOMBIA a la Cuenta de ahorros No 82992079335 a nombre de LORENA RESTREPO ZULUAGA. Lo anterior es plenamente autorizado por LOS RECLAMANTES, quienes, mediante la firma del presente contrato, otorga la facultad expresa de recibir dinero por concepto de indemnización.



El pago queda sujeto a la radicación en original del presente contrato de transacción debidamente firmado y con presentación personal de las firmas, junto con los siguientes documentos en la AV 6A Bis # 35N - 100 Of 212 de la ciudad de Cali, y en los correos electrónico notificaciones@gha.com.co y jhenao@gha.com.co :



- Formulario de Conocimiento al Beneficiario diligenciado por los beneficiarios de pago, esto es, DUVÁN MAURICIO MARTÍNEZ ROJAS y LORENA RESTREPO ZULUAGA de forma completa, clara y legible, en cumplimiento a lo dispuesto en el Título I capítulo XI de la Circular Básica Jurídica 007 de 1996 (CE 026/2008). Anexo
- Formato de desistimiento del proceso penal el cual debe ser radicado también en fiscalía o Juzgado Penal (aportar prueba de radicado). Anexo
- Copia del documento de identificación de los beneficiarios de pago, esto es, DUVÁN MAURICIO MARTÍNEZ ROJAS y LORENA RESTREPO ZULUAGA



- Certificación de cuenta bancaria activa a nombre de los beneficiarios de pago, esto es, DUVÁN MAURICIO MARTÍNEZ ROJAS y LORENA RESTREPO ZULUAGA
- RUT del beneficiario del pago (solo si aplica).

CUARTA LOS RECLAMANTES garantizan que, en virtud de este contrato de transacción, renuncian y desisten del proceso penal radicado No 191306000612202400031 proceso que a la fecha se encuentra activo y que es de conocimiento de la Fiscalía 01 Local de Cajibío (Cauca), y además renuncian y desisten de adelantar a través de apoderado judicial o en nombre propio, cualquier tipo requerimiento, medida o acción civil, penal o administrativa, presente, futura y/o adicional, en contra del señor **WILSON DAVID PILLIMUE TERAS** en calidad de conductor del vehículo de placa WCW566; de la **SOCIEDAD TRANSPORTADORA DEL CAUCA S.A.- SOTRACAUCA** en calidad de tomador; de la señora **BEATRIZ ELENA RÍOS MUELAS** en calidad de asegurada; y de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., como compañía aseguradora. Y a toda persona natural o jurídica que resultare directa o indirectamente involucrada en la presente reclamación o en los hechos que le dieron origen por estos mismos hechos. Con la realización de este pago, la compañía aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C indemniza a título de reparación integral todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales causados a LOS RECLAMANTES con ocasión al accidente de tránsito presentado el día 21 de febrero de 2024.

En caso de que **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** no de cumplimiento a lo establecido por las partes dentro del presente documento, **LOS RECLAMANTES**, quedan en libertad de continuar con la ejecución de la acción pertinente, haciendo exigible el pago de la indemnización y demás acreencias que se causen con la presente acción.

Esta transacción produce desde ya efecto de cosa juzgada y en el evento en que **LOS RECLAMANTES**, una vez se haya hecho efectivo el pago proceda judicial y/o extrajudicialmente a reclamar los perjuicios transados, en contra de los aquí intervinientes, pagarán a título de cláusula penal, el doble de la suma recibida, sin perjuicio de las acciones legales por los perjuicios causados al conductor, al tomador, al asegurado, y a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

QUINTA: Las partes acuerdan que, con el pago de la suma señalada en el presente contrato, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., cubre en su totalidad los valores adeudados por todo concepto y en consecuencia LOS RECLAMANTES declaran a PAZ Y SALVO al señor **WILSON DAVID PILLIMUE TERAS** en calidad de conductor del vehículo de placa **WCW566**; a la **SOCIEDAD TRANSPORTADORA DEL CAUCA S.A.- SOTRACAUCA**



en calidad de tomador; a la señora **BEATRIZ ELENA RÍOS MUELAS** en calidad de asegurado, y a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., como compañía aseguradora y a toda persona natural o jurídica que resultare directa o indirectamente involucrada en la presente reclamación o en los hechos que le dieron origen, renunciando expresamente a ejercer cualquier acción y reclamación judicial o extrajudicial en su contra por hechos sufragados con el pago mencionado en este contrato de transacción.

SEXTA: INDEMNIDAD. Que LOS RECLAMANTES, quienes obran en nombre propio, declaran bajo la gravedad de juramento ser titulares únicos y mejor beneficiarios de la indemnización por los hechos presentados el día 21 de febrero de 2024 y en consecuencia, se hacen responsables por las futuras reclamaciones, que se presenten por los mismos hechos en contra del señor **WILSON DAVID PILLIMUE TERAS** en calidad de conductor del vehículo de placa WCW566; de la **SOCIEDAD TRANSPORTADORA DEL CAUCA S.A. – SOTRACAUCA**, en calidad de tomador; de la señora **BEATRIZ ELENA RÍOS MUELAS** en calidad de asegurado; y de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., como compañía aseguradora y responderá directamente hasta la suma aquí pactada y ante cualquier reclamación que se presente en tal sentido y en caso contrario saldrán al saneamiento, conforme a lo establece la ley.

SÉPTIMA. Las partes reconocen que esta Transacción constituye el único, total y definitivo acuerdo celebrado entre las mismas a fin de conciliar las diferencias que han dado lugar a los procesos citados en los hechos, y reconociendo que el presente acuerdo fue celebrado de manera plenamente libre y consciente por todas ellas, se comprometen a no adelantar posteriormente ninguna acción sobre las estipulaciones contenidas en el presente acuerdo. Igualmente reconocen que de conformidad con lo estipulado en el Art. 2483 del Código Civil, la presente transacción extrajudicial tiene valor de cosa juzgada.

OCTAVA. DESISTIMIENTO. LOS RECLAMANTES INDEMNIZADOS, previamente al pago de la indemnización, desisten de iniciar cualquier otra acción judicial y/o administrativa, presente, futura y/o adicional, en contra del señor **WILSON DAVID PILLIMUE TERAS** en calidad de conductor del vehículo de placa WCW566; de la **SOCIEDAD TRANSPORTADORA DEL CAUCA S.A. – SOTRACAUCA**, en calidad de tomador; de la señora **BEATRIZ ELENA RÍOS MUELAS** en calidad de asegurado; y de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., por los hechos ocurridos el 21 de febrero del 2024 que aquí se describieron.

NOVENA. Las partes expresan su voluntad de que la transacción surta efectos de una sentencia ejecutoriada en última instancia y de que las renunciaciones contenidas en este contrato surtan plenos efectos y tengan plena validez y fuerza legal, sea cual fuere la

Página 5 de 5

Una aseguradora cooperativa con sentido social

LÍNEA SEGURA NACIONAL 018000 919 538 # 324



www.laequidadseguros.coop

Síguenos en:

jurisdicción en que sean invocadas, alegadas o defendidas. En consecuencia, en el evento de incumplimiento de alguna de las partes de los términos aquí convenidos, la parte cumplida tan solo tendrá derecho a reclamar las obligaciones contenidas en este contrato, junto con la indemnización de perjuicios correspondientes, pero no la resolución del contrato.

Este acuerdo no constituye admisión de los asuntos afirmados por LOS RECLAMANTES o de responsabilidad, culpa o dolo en absoluto por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., el asegurado, el propietario del vehículo, el conductor y/o el tomador. Nada en este acuerdo o cualquier otro documento relacionado será interpretado o admisible en cualquier proceso como prueba de responsabilidad culpa o dolo en absoluto por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., del asegurado, del tomador, del propietario del vehículo y/o conductor.

Las partes acuerdan no ceder a ningún título los derechos, créditos, acciones judiciales o derechos de litigio, que provengan de los asuntos o hechos materia de esta transacción.

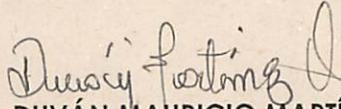
En el evento en que cualquier cláusula del presente contrato sean ineficaces, nulas o inoponibles, este solo hecho no afectará la eficacia, validez u oponibilidad del acuerdo en contra de las partes o de terceros, salvo que sin la cláusula correspondiente se entendiera que las partes no hubieran celebrado el presente contrato de transacción.

DÉCIMA: Este contrato de Transacción ha sido celebrado por las partes en forma libre, voluntaria y con la clara intención de acogerse a las consecuencias legales reguladas por el Libro Cuarto, Título XXXIX art. 2469 y siguientes del Código Civil, y del artículo 312 del Código General del Proceso. De la misma manera de acuerdo con el artículo 2483 del Código Civil y artículo 422 del Código General del Proceso, presta merito ejecutivo y hace tránsito a cosa juzgada.

UNDÉCIMA: Para todos los efectos se establece la ciudad de Bogotá como el domicilio contractual para las partes.

Para constancia de lo anterior se suscribe en dos ejemplares del mismo tenor, el día 05 del mes de junio de 2025-.

FIRMAN



DUVÁN MAURICIO MARTÍNEZ ROJAS

C.C. 10.308.136 de Cali (Valle del Cauca).

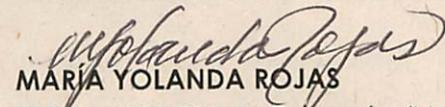
Reclamante



LORENA RESTREPO ZULUAGA

C.C. 38.557.524 de Cali (Valle del Cauca).

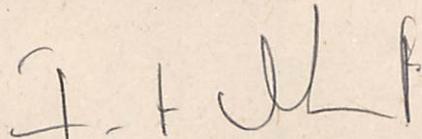
Reclamante



MARÍA YOLANDA ROJAS

C.C. 34.529.506 de Popayán (Valle del Cauca).

Reclamante



FABIÁN ANDRÉS MARTÍNEZ PAZ

C.C. 1.061.726.573 de Popayán

T.P. No. 242.516 del C. S. de la J.

Apoderado de los Reclamantes

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C.

Apoderado General de la Equidad Seguros O.C

Elaboró (GHERRERA ABOGADOS & ASOCIADOS)



WILSÓN DAVID PILLIMUE TERAS
C.C. 1.059.599.540 de Morales (Cauca).
Conductor del Vehículo de placas WCW566

BEATRIZ ELENA RÍOS MUELAS
C.C. 25.277.733 de Popayán (Cauca).
Propietaria del Vehículo de placas WCW566

CARLOS ALBERTO MEDINA GUTIÉRREZ
C.C. 6.229.191 de Cali (Valle del Cauca).
Representante legal de SOCIEDAD TRANSPORTADORA DEL CAUCA- SOTRACAUCA
S.A. (tomador de la póliza).

ANDREA RESTREPO CALDERÓN
C.C. 25.273.234 de Popayán
T.P. No. 121.521 del C. S. de la J.
Apoderado de conductor, asegurada y tomador de la póliza



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 87171

En la ciudad de Popayán, Departamento de Cauca, República de Colombia, el veintiuno (21) de junio de dos mil veinticinco (2025), en la Notaría primera (1) del Círculo de Popayán, compareció: DUVAN MAURICIO MARTINEZ ROJAS, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0010308136 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



3264e098d8

21/06/2025 08:10:16



87171-1

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

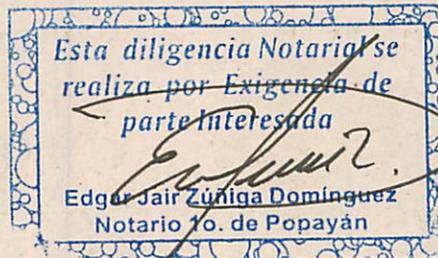
Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.



EDGAR JAIR ZÚÑIGA DOMÍNGUEZ

Notaria (1) del Círculo de Popayán, Departamento de Cauca
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 3264e098d8, 21/06/2025 08:20:49





DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 87172

En la ciudad de Popayán, Departamento de Cauca, República de Colombia, el veintiuno (21) de junio de dos mil veinticinco (2025), en la Notaría primera (1) del Círculo de Popayán, compareció: LORENA RESTREPO ZULUAGA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0038557524 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



87172-1

e957ef4fb7

21/06/2025 08:13:41

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.



EDGAR JAIR ZÚÑIGA DOMÍNGUEZ

Notaria (1) del Círculo de Popayán, Departamento de Cauca
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: e957ef4fb7, 21/06/2025 08:20:49





DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 87173

En la ciudad de Popayán, Departamento de Cauca, República de Colombia, el veintiuno (21) de junio de dos mil veinticinco (2025), en la Notaría primera (1) del Círculo de Popayán, compareció: MARIA YOLANDA ROJAS, identificada con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0034529506 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

87173-1

Maria Yolanda Rojas



709f0b1a39

21/06/2025 08:20:01

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.



Edgar Jair Zúñiga

EDGAR JAIR ZÚÑIGA DOMÍNGUEZ

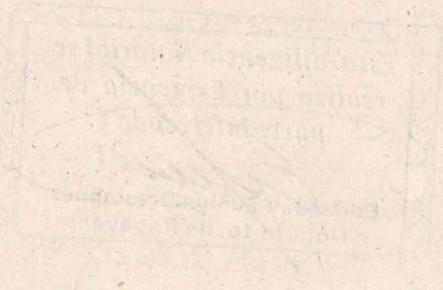
Notaria (1) del Círculo de Popayán, Departamento de Cauca
 Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 709f0b1a39, 21/06/2025 08:20:49



Esta diligencia Notarial se realiza por Exigencia de parte Interesada
Edgar Jair Zúñiga
Edgar Jair Zúñiga Domínguez
 Notario 1o. de Popayán

ESPINOZA
NOTARIA PRIMERA DE POPAYAN
1910



117

7039

DILIGENCIA DE
 RECONOCIMIENTO DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO
 NOTARÍA TERCERA DEL CIRCULO DE POPAYÁN
 en Popayán el 27/06/2025 a las 15:50:40



Al despacho notarial se presentó:

Fabian Andres Martinez Paz
 FABIAN ANDRES MARTINEZ PAZ
 C.C. No 1.061.726.573



Y declaró que la firma y huella que aparece en el presente documento son suyas y que el contenido del mismo es cierto.

LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ

Notaria Encargada

Resolución No. 2025-008084-6 del 4 DE JUNIO DE 2025 -
 SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

NOTARÍA TERCERA DEL CIRCULO DE POPAYÁN - Colombia

PIN DE SEGURIDAD L259999929600117

Usted puede verificar este PIN en nuestra página
 WEB www.notaria3popayan.com/public



NOTARIA TERCERA DE POPAYÁN
 LA PRESENTE DILIGENCIA SE SURTIÓ POR
 PETICIÓN EXPRESA DEL COMPARECIENTE



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL- SECTOR ASEGURADOR

1. FORMULARIO Y CLASE DE VINCULACIÓN

Fecha Diligenciamiento 24/06/2025 Ciudad Sucursal Tipo Solicitud

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro

2. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO RESTREPO SEGUNDO APELLIDO ZULUAGA NOMBRES LORENA TIPO DOCUMENTO C.C

NÚMERO 38557524 FECHA DE EXPEDICIÓN 09/02/2000 LUGAR DE EXPEDICIÓN CALI FECHA DE NACIMIENTO 10/10/1981

NACIONALIDAD 1 COLOMBIANA NACIONALIDAD 2 N/A E-MAIL lorena_r2@hotmail.com

LUGAR DE NACIMIENTO CALI TELÉFONO N/A CELULAR 3125574070 DIRECCIÓN (Residencia) CARRETA 80 #6A-60

CIUDAD CALI DEPARTAMENTO VALLE ACTIVIDAD PRINCIPAL FISIOTERAPEUTA CIU (cod) 8692

SECTOR Y TIPO DE ACTIVIDAD FISIOTERAPEUTA ¿Cual? Si el Tipo de Actividad es "Otro" OCUPACION FISIOTERAPEUTA CARGO CONSULTOR 3

EMPRESA Gestión Riesgos Supramericana DIRECCIÓN (Oficina) CALLE 64 N #5B-146 CIUDAD CALI DEPARTAMENTO VALLE

TELÉFONO (Oficina) ¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes)

ACTIVOS (Pesos) INGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 6.000.000

PASIVO (Pesos) OTROS INGRESOS (Pesos) \$ 0

PATRIMONIO (Activos - Pasivos, Pesos) EGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 3.500.000

CONCEPTO OTROS INGRESOS N/A

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? (Ver definición en el ple de página) SI NO ¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP? (Ver definición de vinculado en el ple de página) SI NO

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y Anexo 2 de identificación de vinculados a PEP.

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI NO ¿Realiza operaciones Internacionales? SI NO Indique:

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI NO Indique:

¿Es responsable del RUT? SI NO Si su respuesta fue afirmativa, Indique su código de responsabilidad.

Si su respuesta fue afirmativa, indique su correo electrónico registrado en la DIAN

DOCUMENTOS REQUERIDOS:
 - Fotocopia del documento de identidad.
 -- Certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente no mayor a 30 días.
 -- Estados Financieros y/o Declaración de Renta

Adicionalmente la aseguradora podrá requerir otros documentos de acuerdo con sus políticas en el marco del conocimiento intensificado del Cliente.

2.2 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA

Declaro expresamente que:
 1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
 2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a mantenerla actualizada conforme sea requerida por la entidad.
 3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas, ni armas de destrucción masiva.
 4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Mis fondos provienen de mi actividad como Fisioterapeuta

3. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS DISTINTOS AL TOMADOR

1) Definición de asegurado y/o beneficiario distinto al tomador.

2) Si es una Persona Expuesta Políticamente o es vinculado a una de ellas, sírvase diligenciar el Anexo 1 "Conocimiento mejorado de personas expuestas políticamente" y Anexo 2 "Identificación de vinculados a personas expuestas políticamente", según corresponda.

Nombres y Apellidos / Razón Social	Tipo de ID	Número de ID	¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) o vinculado con una de ellas?	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otros país o grupo de países?
<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>
<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>
<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>
<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>

Si respondió que el asegurado y/o beneficiario distinto del tomador tiene obligaciones tributarias en otros países, Indique en qué país

- 1. Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Se consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias. funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. Se considera PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
- 2. PEP de organizaciones internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
- 3. PEP extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

Definición de vinculado y asociado cercano:

- Hasta Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
- Segundo de afinidad: padres y hermanos del cónyuge (suegros y cuñados), cónyuge de hijo o hija (nuera y yerno) y/o hijos del cónyuge que no sean propios (entendados).
- Primer civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
- Asociado cercano: Si usted es una PEP, asociados cercanos son quienes junto con usted son socios, accionistas con una participación superior al 5% de la persona jurídica, administradores o miembros de Junta Directiva. En caso de que usted no sea una PEP, es asociado cercano si es socio o accionista junto con una PEP de una persona jurídica y ambos tienen una participación superior al 5%.

4. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
- Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriban contratos de seguros:

Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono
SBS Seguros Colombia S.A. Avenida Cra 9 No. 101 - 67, Piso 7 Teléfono: (1)3138700	Allianz Carrera 13 A No. 29-24 Teléfono: (1)5600600	Aseguradora Solidaria Calle 100 No. 9A-45 Teléfono: (1)6464330
BBVA Seguros Carrera 15 No. 95 65 Piso 6 Teléfono: (1)2191100	Cardif Carrera 7a No. 75 - 66 Teléfono: (1)7444040	JMalucelli Travelers Seguros S.A Calle 98 No. 21-50 Teléfono: (1)7039052
CHUBB Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B, Piso 7, Edificio BVC Teléfono: (1)3266210	Confianza S.A. Calle 82 No. 11-37 Teléfono: (1)6444690	Bolivar Av. Dorado No. 68B-31 Teléfono: (1)3410077
Aurora Carrera 7 No. 74-21 P 1 Y 3 Teléfono: (1)7425119	Colmena Seguros Av. Calle 72 No. 10-71 P4 Teléfono: (1)3241111	Seguros Mundial Calle 33 No. 6B-24 Teléfono: (1)2855600
HDI Seguros S.A. Carrera 7 No. 72-13 Teléfono: (1)3468888	Global Seguros Carrera 9 No. 74-62 Teléfono: (1)7440084	La Equidad Seguros Carrera 9A No. 99-07 Teléfono: (1)5922929
La Previsora Calle 57 No. 9-07 Teléfono: (1)3485757	Liberty Calle 72 No. 10-07 Teléfono: (1)3103300	Mapfre Carrera 14 No. 96-34 Teléfono: (1)6503300
Metlife Carrera 7 No. 99-53 Teléfono: (1)6388240	Pan American Life Calle 116 No # 23 - 06 / 28 Piso 7 Teléfono: (1)3267400	Positiva Av. Carrera 45 No.94-72 Teléfono: (1)6502200
BMI Carrera 11 No. 84-09 Costado Sur Piso 9 Teléfono: (1)5187700	Segurexpo Calle 72 No. 6-44 Teléfono: (1)3266969	Seguros Alfa Av Calle 24A No. 59-42 Teléfono: (1)3446770
Suramericana S.A. Carrera 64b No 49A - 30 Medellín Colombia (4)2002100	Seguros del Estado Carrera 11 No. 90-20 Teléfono: (1)6019330	Skandia Av. 19 No. 109A- 30 Teléfono: (1)6584300
AXA Colpatría Carrera 7 No. 24-89 Teléfono: (1)3364677	Nacional de Seguros Calle 94 No. 11-30 P 4 Teléfono: (1)7463219	Coface Calle 91 No. 11-29, Edif 91.11, Piso 5 Teléfono: (1) 6231631
Berkley Calle 75 # 5-88 piso 3 Edificio Difransa Teléfono 601 3572727	Zurich Calle 116 No. 7-15 Oficina 1201 Teléfono: (1) 5188482	Solunion Calle 7 sur No. 42-70 Oficina 815, Medellín Teléfono: (4) 4440145
OTRA:	OTRA:	OTRA:

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la(s) sociedad(es) matriz de la(s) sociedad(es) referenciadas y con la(s) que se suscriban contrato(s) de seguros.

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad, Es:
Dirección: Teléfono:

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s)

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente. SI NO

Declaro expresamente:

1. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

2. Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado, de manera expresa:

I. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Consulta, almacenamiento, actualización, conservación, compilación, modificación, eliminación, administración, transferencia, ofrecimiento, grabación, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, y comercial.

II. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

III. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos 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.

IV. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

V. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración lo correspondiente en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia.

VI. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

VII. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

VIII. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los Responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v del numeral 3 denominado "usuarios de la información", 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

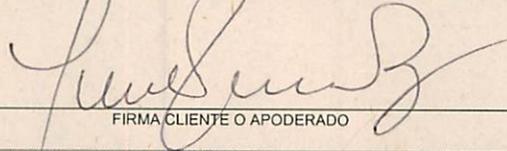
SI NO

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

3. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

5. FIRMA Y HUELLA

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 CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

6. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN y/o ENTREVISTA (en caso de aplicar)

Fecha de Verificación: Día ____ Mes ____ Año ____

Lugar de Verificación: _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica _____

Nombre del Intermediario _____

Nombre del Asesor _____

Observaciones: _____

Firma _____

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL- SECTOR ASEGURADOR

1. FORMULARIO Y CLASE DE VINCULACIÓN

Fecha Diligenciamiento 24/06/2025 Ciudad Sucursal Tipo Solicitud

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro

2. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO MARTINEZ SEGUNDO APELLIDO ROJAS NOMBRES DUVAN MAURICIO TIPO DOCUMENTO C. C

NÚMERO 10308136 FECHA DE EXPEDICIÓN 16/12/2003 LUGAR DE EXPEDICIÓN POPAYAN FECHA DE NACIMIENTO 10/08/1985

NACIONALIDAD 1 COLOMBIANO NACIONALIDAD 2 N/A E-MAIL dumauvoro10@gmail.com

LUGAR DE NACIMIENTO POPAYAN TELÉFONO N/A CELULAR 3014006242 DIRECCIÓN (Residencia) CRA 80 #6A-60

CIUDAD CALI DEPARTAMENTO VALLE ACTIVIDAD PRINCIPAL INGENIERO CIU (cod) 7112

SECTOR Y TIPO DE ACTIVIDAD INGENIERO ¿Cual? Si el Tipo de Actividad es "Otro" OCUPACION INGENIERO CARGO INGENIERO

EMPRESA GERS DIRECCIÓN (Oficina) CALLE 3A #75-118 CIUDAD CALI DEPARTAMENTO VALLE

TELÉFONO (Oficina) ¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes)

ACTIVOS (Pesos) \$ 55.000.000 INGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 4.000.000

PASIVO (Pesos) \$ 3.000.000 OTROS INGRESOS (Pesos) \$ 2.000.000

PATRIMONIO (Activos - Pasivos, Pesos) \$ 52.000.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 1.000.000

CONCEPTO OTROS INGRESOS ASESORIAS

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? (Ver definición en el pie de página) SI NO ¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP? (Ver definición de vinculado en el pie de página) SI NO

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y Anexo 2 de Identificación de vinculados a PEP.

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI NO ¿Realiza operaciones internacionales? SI NO Indique:

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI NO Indique:

¿Es responsable del RUT? SI NO Si su respuesta fue afirmativa, Indique su código de responsabilidad.

Si su respuesta fue afirmativa, indique su correo electrónico registrado en la DIAN

- DOCUMENTOS REQUERIDOS:
- Fotocopia del documento de identidad.
 - Certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente no mayor a 30 días.
 - Estados Financieros y/o Declaración de Renta

Adicionalmente la aseguradora podrá requerir otros documentos de acuerdo con sus políticas en el marco del conocimiento intensificado del Cliente.

2.2 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a mantenerla actualizada conforme sea requerida por la entidad.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas, ni armas de destrucción masiva.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Mis fondos provienen de mi actividad como ingeniero

3. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS DISTINTOS AL TOMADOR

1) Definición de asegurado y/o beneficiario distinto al tomador.

2) Si es una Persona Expuesta Políticamente o es vinculado a una de ellas, sírvase diligenciar el Anexo 1 "Conocimiento mejorado de personas expuestas políticamente" y Anexo 2 "Identificación de vinculados a personas expuestas políticamente", según corresponda.

Nombres y Apellidos / Razón Social	Tipo de ID	Número de ID	¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) o vinculado con una de ellas?	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otros país o grupo de países?
<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>
<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>
<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>
<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>

Si respondió que el asegurado y/o beneficiario distinto del tomador tiene obligaciones tributarias en otros países, Indique en qué país

- 1. Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Se consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativas sancionatorias. funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. Se considera PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
- 2. PEP de organizaciones internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
- 3. PEP extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

Definición de vinculado y asociado cercano:

- Hasta Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
- Segundo de afinidad: padres y hermanos del cónyuge (suegros y cuñados), cónyuge de hijo o hija (nuera y yerno) y/o hijos del cónyuge que no sean propios (entendados).
- Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
- Asociado cercano: Si usted es una PEP, asociados cercanos son quienes junto con usted son socios, accionistas con una participación superior al 5% de la persona jurídica, administradores o miembros de Junta Directiva. En caso de que usted no sea una PEP, es asociado cercano si es socio o accionista junto con una PEP de una persona jurídica y ambos tienen una participación superior al 5%.

4. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
- Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriban contratos de seguros:

Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono
SBS Seguros Colombia S.A. Avenida Cra 9 No. 101 - 67, Piso 7 Teléfono: (1)3138700	Allianz Carrera 13 A No. 29-24 Teléfono: (1)5600600	Aseguradora Sólidaria Calle 100 No. 9A-45 Teléfono: (1)6464330
BBVA Seguros Carrera 15 No. 95 65 Piso 6 Teléfono: (1)2191100	Cardif Carrera 7a No. 75 - 66 Teléfono: (1)7444040	JMalucelli Travelers Seguros S.A Calle 98 No. 21-50 Teléfono: (1)7039052
CHUBB Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B, Piso 7, Edificio BVC Teléfono: (1)3266210	Confianza S.A. Calle 82 No. 11-37 Teléfono: (1)6444690	Bolívar Av. Dorado No. 68B-31 Teléfono: (1)3410077
Aurora Carrera 7 No. 74-21 P 1 Y 3 Teléfono: (1)7425119	Colmena Seguros Av. Calle 72 No. 10-71 P4 Teléfono: (1)3241111	Seguros Mundial Calle 33 No. 6B-24 Teléfono: (1)2855600
HDI Seguros S.A. Carrera 7 No. 72-13 Teléfono: (1)3468888	Global Seguros Carrera 9 No. 74-62 Teléfono: (1)7440084	La Equidad Seguros Carrera 9A No. 99-07 Teléfono: (1)5922929
La Previsora Calle 57 No. 9-07 Teléfono: (1)3485757	Liberty Calle 72 No. 10-07 Teléfono: (1)3103300	Mapfre Carrera 14 No. 96-34 Teléfono: (1)6503300
Mettlife Carrera 7 No. 99-53 Teléfono: (1)6388240	Pan American Life Calle 116 No # 23 - 06 / 28 Piso 7 Teléfono: (1)3267400	Positiva Av. Carrera 45 No.94-72 Teléfono: (1)6502200
BMI Carrera 11 No. 84-09 Costado Sur Piso 9 Teléfono: (1)5187700	Segurexpo Calle 72 No. 6-44 Teléfono: (1)3266969	Seguros Alfa Av Calle 24A No. 59-42 Teléfono: (1)3446770
Suramericana S.A Carrera 64b No 49A - 30 Medellín Colombia (4)2002100	Seguros del Estado Carrera 11 No. 90-20 Teléfono: (1)6019330	Skandla Av. 19 No. 109A- 30 Teléfono: (1)6584300
AXA Colpatria Carrera 7 No. 24-89 Teléfono: (1)3364677	Nacional de Seguros Calle 94 No. 11-30 P 4 Teléfono: (1)7463219	Coface Calle 91 No. 11-29, Edif 91.11, Piso 5 Teléfono: (1) 6231631
Berkley Calle 75 # 5-88 piso 3 Edificio Difransa Teléfono 601 3572727	Zurich Calle 116 No. 7-15 Oficina 1201 Teléfono: (1) 5188482	Solunión Calle 7 sur No. 42-70 Oficina 815, Medellín Teléfono: (4) 4440145
OTRA:	OTRA:	OTRA:

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la(s) sociedad(es) matriz de la(s) sociedad(es) referenciadas y con la(s) que se suscriban contrato(s) de seguros.

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad, Es:
Dirección: Teléfono:

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s)

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente: SI NO

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s)

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente. SI NO

Declaro expresamente:

1. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

2. Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado, de manera expresa:

I. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Consulta, almacenamiento, actualización, conservación, compilación, modificación, eliminación, administración, transferencia, ofrecimiento, grabación, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio y comercial.

II. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

III. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) **LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS** que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) **FASECOLDA, INVERFAS S.A.** y el **INIF**, personas jurídicas que administran bases de datos 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.

IV. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

V. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración lo correspondiente en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia.

VI. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

VII. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

VIII. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los Responsables del tratamiento de la información son **LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS**, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

a) **FASECOLDA** cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) **INVERFAS S.A.** cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) **INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro** cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v del numeral 3 denominado "usuarios de la información", 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

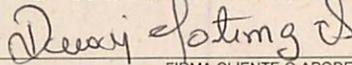
Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

3. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

4. **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN:** A través de este formulario, he presentado a LA ASEGURADORA datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a LA ASEGURADORA y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartera, lo indicaré por escrito a LA ASEGURADORA y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales:

5. FIRMA Y HUELLA

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 CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

6. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN y/o ENTREVISTA (en caso de aplicar)

Fecha de Verificación: Día ____ Mes ____ Año ____

Lugar de Verificación: _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica _____

Nombre del Intermediario _____

Nombre del Asesor _____

Observaciones: _____

Firma _____

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: MARTINEZ
 SEGUNDO APELLIDO: ROJAS
 PRIMER NOMBRE: DUVAN
 SEGUNDO NOMBRE: MAURICIO

C.C. C.E. T.L. R. O.T. NÚMERO: 40308436
 LUGAR DE EXPEDICIÓN: POPAYAN
 FECHA DE EXPEDICIÓN: 16/12/2003 SEXO F. M.

FECHA DE NACIMIENTO: 10/08/1985
 NACIONALIDAD: COLOMBIANO
 OCUACION / PROFESION: Ingeniero Industrial

ESTADO CIVIL: CASADO SEPARADO VIUDO SOLTERO
 N° DE HIJOS: 1
 ESTRATO: 2

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: BEKS
 CARGO: Ingeniero

Ciudad: CALI
 Dirección: CALLE 3A # 75 - 118
 Dirección de Residencia: CARRETA 80 # 6A - 60 APTO 325 TORRE 2
 Ciudad de Residencia: CALI

TELÉFONO: N/A
 CELULAR: 3014006242
 EMAIL: dumuroto@gmail.com

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:
 POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO
 POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI NO
 POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: N/A
 REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: N/A
 SEGUNDO APELLIDO: N/A
 PRIMER NOMBRE: N/A
 SEGUNDO NOMBRE: N/A
 NIT: N/A

C.C. C.E. NÚMERO: N/A
 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: N/A

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: N/A
 CIUDAD: N/A
 TELÉFONO: N/A
 FAX: N/A

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: N/A
 CIUDAD: N/A
 TELÉFONO: N/A
 FAX: N/A

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA PRIVADA MIXTA
 ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE AGRÍCOLA CONSTRUCCIÓN CIVIL OTRA: N/A

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: N/A

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL: APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN): N/A

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

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	% PARTICIPACION
N/A	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	N/A	N/A
N/A	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	N/A	N/A
N/A	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	N/A	N/A
N/A	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	N/A	N/A
N/A	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	N/A	N/A
N/A	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.L. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	N/A	N/A

INGRESOS MENSUALES: \$ 4.000.000
 EGRESOS MENSUALES: \$ 1.000.000
 OTROS INGRESOS: \$ 2.000.000

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION
N/A	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N/A	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
 Mi profesión como Ingeniero

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejecución dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas 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 obliga a actualizarla anualmente.

4. Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información devuélva el presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a cualquier otra entidad autorizada, la información devuelta de seguros y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesarias o a cualquier otra entidad autorizada, la información devuelta de seguros y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en el otorgado a la Asignadora o se le otorgue en el futuro.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinan a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

PERSONA NATURAL
 EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CEBULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (CEBULA DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE IDENTIFICACIÓN, CEBULA DE EXTRAÑERÍA, PASAPORTE O CARNE DIPLOMÁTICA).

PERSONA JURÍDICA
 EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. *Duvan Rojas*

QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

HUELLA:

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____

N° SINIESTRO

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

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: **RESTREPO** SEGUNDO APELLIDO: **ZULUAGA** PRIMER NOMBRE: **LORENA** SEGUNDO NOMBRE: **N/A**

C.C. C.E. T.I. R. OTI. NÚMERO: **38557524** LUGAR DE EXPEDICIÓN: **CALI** FECHA DE EXPEDICIÓN: **09/02/2000** SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO: **10/10/1981** NACIONALIDAD: **COLOMBIANA** OCUPACIÓN / PROFESIÓN: **FISIOTERAPEUTA**

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: **1** ESTRATO: **2**

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: **FISIOTERAPEUTA**

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: **CONSULTORIA DE GESTION DE RIESGOS SURAMERICANA** CARGO: **CONSULTOR 3**

CIUDAD: **CALI** DIRECCIÓN: **CALE 6A N #5B-146** TELEFONO: **N/A** FAX: **N/A**

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: **CARRERA 80 #6A-60 APTO 325 TORRE 2** CIUDAD DE RESIDENCIA: **CALI**

TELEFONO: **N/A** CELULAR: **3185574090** EMAIL: **lorona - R2@hotmail.com**

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P SI NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: **N/A** NIT: **N/A**

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: **N/A** SEGUNDO APELLIDO: **N/A** PRIMER NOMBRE: **N/A** SEGUNDO NOMBRE: **N/A**

C.C. C.E. NÚMERO: **N/A** LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: **N/A** CIUDAD: **N/A** TELEFONO: **N/A**

PAG. WEB: **N/A** FAX: **N/A**

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: **N/A** CIUDAD: **N/A** TELEFONO: **N/A** FAX: **N/A**

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA PRIVADA MIXTA ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE CONSTRUCCIÓN AGRÍCOLA CIVIL OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: **N/A**

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

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

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

INGRESOS MENSUALES: **\$ 6.000.000** ACTIVOS: **\$ 0**

EGRESOS MENSUALES: **\$ 3.500.000** PASIVOS: **\$ 0**

OTROS INGRESOS: **\$ 0** CONCEPTO OTROS INGRESOS: **0**

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

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

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

Declaro expresamente que:

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

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

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

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. **38557524**

HUELLA: 

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

NOMBRE: _____ CÉDULA: _____



**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

Fecha Diligenciamiento: 24/06/2025 Ciudad: _____ Sucursal: _____

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro _____

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO):

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: MARTINEZ SEGUNDO APELLIDO: ROJAS NOMBRES: DUVAN MAURICIO
 TIPO DE DOCUMENTO: C.C NÚMERO: 10308136 FECHA DE EXPEDICIÓN: 16/12/2003 LUGAR DE EXPEDICIÓN: POPAYAN
 FECHA DE NACIMIENTO: 10/08/1985 LUGAR DE NACIMIENTO: POPAYAN NACIONALIDAD 1: COLOMBIANO NACIONALIDAD 2: N/A
 E-MAIL: dumauro10@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): CARRERA 80 #6A-60 APTO 325 CIUDAD: CALI
 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: N/A CELULAR: 3014006242
 SECTOR: URBANO CIU (cod): 7142 TIPO DE ACTIVIDAD: INGENIERO ¿Cual?: INDUSTRIAL
 OCUPACIÓN: INGENIERO CARGO: INGENIERO EMPRESA DONDE TRABAJA: GERS
 CIUDAD: CALI DIRECCIÓN (Oficina): CALLE 3A # 75-118 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
 TELÉFONO (Oficina): N/A ACTIVIDAD SECUNDARIA: N/A CIU (cod): N/A

¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): N/A

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	<u>\$ 4.000.000</u>	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	<u>\$ 1.000.000</u>
ACTIVOS (Pesos)	<u>\$ 55.000.000</u>	PASIVO (Pesos)	<u>\$ 3.000.000</u>
PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos)	<u>\$ 52.000.000</u>	OTROS INGRESOS (Pesos)	<u>\$ 2.000.000</u>
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES	<u>CONSULTORIA</u>		

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página) SI NO ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI NO

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI NO Indique: _____

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Mis ingresos provienen de mi actividad como ingeniero industrial

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL N/A
 ¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>

Persona Expuesta 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 de importantes partidos políticos.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%

- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
 - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
 - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
 - e. El control y la prevención del fraude.
 - f. La liquidación y pago de siniestros.
 - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
 - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
 - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
 - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
 - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
 - m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
 - n. Para el envío de las modificaciones en la póliza de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
 - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
 - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
 - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
 - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos 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 y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DIA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

6. FIRMA Y HUELLA

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

Dusei Fatima D

FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

Nombre del Intermediario: _____

Nombre del Asesor: _____

Resultados de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO

Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____

Firma: _____

Observaciones: _____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo/Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

*Vínculo/Relación

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



Señores:
FISCALIA 01 LOCAL DE CAJIBIO

RADICADO: 191306000612202400031



ACTA DE DESISTIMIENTO

DUVAN MAURICIO MARTINEZ ROJAS, mayor de edad identificado con la cedula de ciudadanía N° 10.308.136 de Popayán-cauca, en calidad de lesionado y conductor de la motocicleta de placas **CMN-749**, dentro del accidente de tránsito ocurrido el día 21 de febrero de 2024, siendo las 08:00 horas aproximadamente, en la vía Popayán-Cali km 13+500 del sector La Venta municipio de Cajibío-Cauca, manifiesto que:

Dentro del accidente ocurrido el 21 de febrero 2024 se vio involucrado los siguientes vehículos:

A. PLACA: WCW566

MARCA: **VOLKSWAGEN**

LÍNEA: **CRAFTER 50**

COLOR: **BLANCO**

MODELO: **2014**

CARROCERÍA: **CERRADA**

B. PLACA: CMN749

MARCA: **CHEVROLET**

LÍNEA: **OPTRA 1.4 MT CA**

COLOR: **AZUL LAGO**

MODELO: **2006**

CARROCERÍA: **SEDAN.**

Mediante el presente escrito, manifiesto que **DESISTO** de cualquier acción penal, civil o contravencional en contra del señor **WILSON DAVID PILLIMUETAS** identificado con la cedula de ciudadanía N° 1.059.599.540 en su calidad de conductor del vehículo de placas **WCW566**, **BEATRIZ ELENA RIOS MUELAS** identificada con la cedula de ciudadanía N° 25.277.733 de en calidad de propietaria del vehículo de placas **WCW566**, **SOCIEDAD TRANSPORTADORA DEL CAUCA** identificada con el Nit. 891.500.551.5 en calidad de empresa a la que se encuentra afiliado el vehículo de placas **WCW566** y **EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** identificada con el Nit. 860.028.415-5 en calidad de aseguradora del vehículo de placas **WCW566**.



Así mismo hago constar que realizo dicho desistimiento de manera libre y voluntaria, declarando estar a **PAZ Y SALVO** en todo lo relacionado con las lesiones de este accidente de tránsito y libre de posteriores reclamaciones al señor señor **WILSON DAVID PILLIMUE TERAS** identificado con la cedula de ciudadanía N° 1.059.599.540 en su calidad de conductor del vehículo de placas **WCW566**, **BEATRIZ ELENA RIOS MUELAS** identificada con la cedula de ciudadanía N° 25.277.733 de en calidad de propietaria del vehículo de placas **WCW566**, **SOCIEDAD TRANSPORTADORA DEL CAUCA** identificada con el Nit. 891.500.551.5 en calidad de empresa a la que se encuentra afiliado el vehículo de placas **WCW566** y **EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** identificada con el Nit. 860.028.415-5 en calidad de aseguradora del vehículo de placas **WCW566**.

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

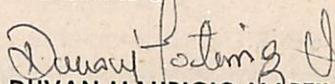
Cómo consecuencia de lo anterior desisto de toda acción civil, penal judicial o contravencional para que se tenga en cuenta al despacho que avoco el conocimiento de los hechos relacionados con el mencionado accidente de tránsito y renuncio a partir de la fecha a acudir a cualquier instancia judicial, ya que se desiste de las lesiones.

Así mismo manifestamos que NO se requiere procedimiento de Policía de Tránsito por lesiones, NI por los daños de los vehículos.

Para constancia de lo anterior se firma este documento en Cali-Valle a los diecisiete (17) días del mes de junio de dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,

LESIONADO



DUVAN MAURICIO MARTINEZ ROJAS
C.C.N° 10.308.136 de Popayán.

TESTIGO

Firma:

Nombre: Johana Restrepo Zuluaga

Teléfono: 3185574090

Dirección: Calle 17 Norte # 3A-06



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



87170-1

En la ciudad de Popayán, Departamento de Cauca, República de Colombia, el veintiuno (21) de junio de dos mil veinticinco (2025), en la Notaría primera (1) del Círculo de Popayán, compareció: DUVAN MAURICIO MARTÍNEZ ROJAS, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0010308136 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Duvan Martínez



3264e098d8

----- Firma autógrafa -----

21/06/2025 08:10:12

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.



Edgar Zúñiga

EDGAR JAIR ZÚÑIGA DOMÍNGUEZ

Notaria (1) del Círculo de Popayán , Departamento de Cauca

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 3264e098d8, 21/06/2025 08:20:49



NOTARIA PRIMERA DE POPAYAN
ESTRADA
1910



DESISTIMIENTO VICTIMA DUVAN MARTINEZ 191306000612202400031 DELITO LESIONES PERSONALES

Desde fabian andres martinez paz <fabian.1903@hotmail.com>

Fecha Vie 27/06/2025 5:00 PM

Para ana.martinez2@fiscalia.gov.co <ana.martinez2@fiscalia.gov.co>

 1 archivo adjunto (3 MB)

DESISTIMIENTO FISCALI-DUVAN MARTINEZ.pdf;

Doctor(a):

FISCALIA 01 LOCAL DE CAJIBIO

RADICADO: 191306000612202400031

DELITO: LESIONES PERSONALES CULPOSAS

VICTIMA: DUVAN MAURICIO MARTINEZ ROJAS

FABIÁN ANDRES MARTINEZ PAZ mayor de edad identificado con la cedula de ciudadanía N° 1.061.726.573 de Popayán, abogado en ejercicio portador de la tarjeta profesional N° 242.526 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado del señor **DUVAN MAURICIO MARTINEZ ROJAS** identificado con la cedula de ciudadanía N° 10.308.136 de Popayán, en calidad de victima directa, se aporta el desistimiento para la presente investigación, teniendo en cuenta que se llego a un acuerdo conciliatorio de indemnización integral por la suma de **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$3.500.000)**

agradezco su colaboración

FABIÁN ANDRÉS MARTÍNEZ PAZ

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.308.136**

MARTINEZ ROJAS
APELLIDOS

DUVAN MAURICIO
NOMBRES



Duvan Martinez Rojas
FIRMA



INDICE DERECHO

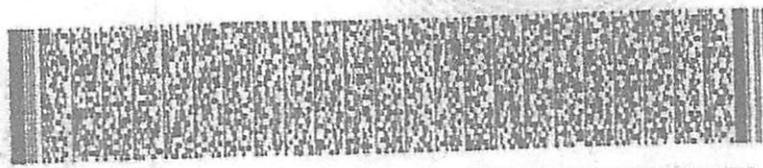
FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1985**
POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-DIC-2003 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1100100-36124684-M-0010308136-20040414

05178041050 02 157143766

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **38557524**

RESTREPO ZULUAGA
APELLIDOS

LORENA
NOMBRES

Lorena Restrepo Zuluaga.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1981**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

09-FEB-2000 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-3100100-65082262-F-0038557524-20000909

18704 00235A 01 088599906

		AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	
---	--	---	--

TIPO DE VINCULACIÓN:	PROVEEDOR: <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO: <input checked="" type="checkbox"/>	INTERMEDIA: <input type="checkbox"/>	OT: <input type="checkbox"/>	CUAL: _____
CONCEPTO DE PAGO:	DEVOLUCIÓN DE PRIMA: <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO: <input type="checkbox"/>	OTRO: <input type="checkbox"/>	CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE:	NIT:	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES	OUVAN MAURICIO	PRIMER APELLIDO	MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO	ROJAS
TIPO DE IDENTIFICACION	C.C.	NÚMERO	10308136	FECHA EXPEDICION	16/12/2003
				CIUDAD EXPEDICION	POPAYAN
DIRECCION:	CARRERA 80 #6A-60 APTO 325 TORRE 2		CIUDAD:	CALI	DEPARTAMENTO:
					VALLE
TELEFONOS:	N/A		FAX:		CELULAR: 3014006242

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

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA	86828512571	CORRIENTE	<input type="checkbox"/>	AHORROS	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO	07
BANCO	BANCOLOMBIA	SUCURSAL	CALI	CIUDAD	CALI		

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
			CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
			CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

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

Email: _____

En constancia se firma en: CALI a los (24) del mes de Junio de 2025.

Firma del Representante Legal y Sello _____
 Firma y Cédula Persona Natural Diana Patricia Rojas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: BENEFICIARIO: INTERMEDIARIA: OT: CUAL: _____
 CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: INDEMNIZACIÓN: PRESTACIÓN DE SERVICIO: CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

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

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: LORENA RESTREPO ZULUAGA
 PRIMER APELLIDO: RESTREPO SEGUNDO APELLIDO: ZULUAGA
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO: 38557524 FECHA EXPEDICIÓN: 09/02/2000 CIUDAD EXPEDICIÓN: CALI
 DIRECCIÓN: CARRETA 80 #6A-60 APTO 325 CIUDAD: CALI DEPARTAMENTO: VALLE
 TELÉFONOS: N/A FAX: _____ CELULAR: 3185574090

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

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA: 82992079335 CORRIENTE: AHORROS: CÓDIGO DEL BANCO: 09
 BANCO: BANCOLOMBIA SUCURSAL: CALI CIUDAD: CALI

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

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

Email: _____

En constancia se firma en: CALI a los (24) del mes de Junio de 2025.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

38557524

Certificación Bancaria

Jueves, 22 de mayo de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que LORENA RESTREPO ZULUAGA identificado(a) con CC 38557524, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	82992079335	2013-01-09	Activo	*****

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co