

**CONTRATO DE TRANSACCIÓN EN R.C.E. LESIONES
(DINERO)
SINIESTRO N° 95580571**

Entre los suscritos **LUZ ANGELA DUARTE ACERO**, mayor edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 23.490.813 de Chiquinquirá, Tarjeta profesional No. 126.498 del C.S.J. en calidad de **APODERADA GENERAL DE ALLIANZ SEGUROS S.A.**, aseguradora que tenía póliza vigente para el día de los hechos y que amparaba el riesgo de RCE del vehículo de placas **THY838**, el cual era conducido por el señor **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.108.932.933 del Guamo Tolima, vecino y residente en la Manzana 4 casa 5 barrio Villa Angelica del Guamo Tolima, y de propiedad de la empresa **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S ZOMAC** identificada con Nit: 901192246-6, representada legalmente por el señor **JUAN DAVID SANCHEZ SUAREZ**, con domicilio en la carrera 3 sur #4-09 barrio la esperanza de ortega Tolima, quienes en adelante se denominarán **LOS INDEMNIZANTES**, de una parte; y el señor **NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía N. 93.085.203 del Guamo Tolima, celular 3217775050, y la señora **NELLY RODRIGUEZ** identificada con cedula de ciudadanía N. 1.105.750.541 del Guamo Tolima, en su condición de padres de **MARIA LUISA QUINTANA RODRIGUEZ (Q.E.P.D)**, **MARIA MERCEDES QUINTANA RODRIGUEZ** identificada con cedula de ciudadanía N. 1.108.929.899 del Guamo Tolima en nombre propio y en representación de su hija **MAUREN SOFIA GOMEZ QUINTANA** en su condición de hermana y sobrina, **DIEGO JOSE QUINTANA RODRIGUEZ** identificado con cedula de ciudadanía N. 1.108.931.783 de Purificación Tolima, en su condición de hermano, y **SANDRA DANIELA QUINTANA RODRIGUEZ** identificada con cedula de ciudadanía N. 1.108.931.784 del Guamo Tolima en su condición de hermana, todos mayores de edad vecinos en la vereda chontaduro, sector bomba Villa Linda del Guamo Tolima, y el doctor **ROBINSON JAVIER HERRERA PEÑALOZA** mayor de edad, vecino y residente en la calle 11 n1-92 Edificio centro de especialistas oficina 204 Ibagué 22752850Tolima, celular 3104545637, identificado con cédula de ciudadanía No. 93.134.761 expedida en Espinal, con tarjeta profesional N. 258.066 del C.S. de la J., actuando en calidad de **APODERADO DE LAS VICTIMAS**, quien en adelante se denominarán **LOS RECLAMANTES**, hemos celebrado el presente contrato de transacción: **PRIMERO: ALLIANZ SEGUROS S.A.** expidió la póliza de automóviles No. 22752850 para asegurar el automotor de placas **THY838**, marca **INTERNATIONAL**, Servicio **PUBLICO**, clase **VOLQUETA**, color **VERDE**, motor 35300217, de propiedad de **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S ZOMAC** y conducido por **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA**. **SEGUNDO:** Que el día 13 de noviembre de 2020 ocurrió un accidente de tránsito en la vía Castilla -Girardot km 29+200 metros con el vehículo de placas **THY838**, conducido por el señor **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA** y de propiedad de **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S SOMAC**, colisiona con una bicicleta número de marco M1004460, la cual era conducida por **MARIA LUISA QUINTANA RODRIGUEZ (Q.E.P.D)**, quien falleció en el lugar de los hechos. **TERCERO:** **LOS RECLAMANTES** solicitan de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** aseguradora, del **PROPIETARIO**, y el **CONDUCTOR**; la indemnización de todos los perjuicios, que se ocasionaron al grupo familiar con el accidente previamente descrito. Ellos consideran que no deben tales perjuicios, sin embargo, dadas las circunstancias del hecho, convienen en esta transacción para precaver un litigio eventual o para terminar extrajudicialmente uno pendiente. **CUARTA:** Que en virtud de la póliza de automóviles No. 22752850, con cargo al amparo de responsabilidad civil,

Sandra Daniela Quintana Rodriguez.

Carrera 3ª No. 12-36. Centro Comercial Pasaje Real Of. 309

Telefax: 2632436 - 2637229 - Cel. 310 2141695-Ibagué

E mail: duarteefijosabogsas@hotmail.com ó luzangeladuarteacero@hotmail.com

hemos transado por la suma de **CIENTO CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$140.000.000)** por concepto de indemnización integral, todos los perjuicios derivados del fallecimiento **MARIA LUISA QUINTANA RODRIGUEZ (Q.E.P.D.)**, con los reclamantes **NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE, NELLY RODRIGUEZ, MARIA MERCEDES QUINTANA RODRIGUEZ** en nombre propio y en representación de su menor hija **MAUREN SOFIA GOMEZ QUINTANA, DIEGO JOSE QUINTANA RODRIGUEZ, y SANDRA DANIELA QUINTANA RODRIGUEZ**, manifiestan que aceptan la suma ofrecida como indemnización integral. **Parágrafo 1. Los reclamantes** indemnizados autorizan bajo su exclusiva responsabilidad que se le gire a su apoderado **ROBINSON JAVIER HERRERA PEÑALOZA** la suma de \$40.000.000 de pesos. **Parágrafo 2. Los reclamantes** indemnizados autorizan bajo su exclusiva responsabilidad, que los \$100.000.000 restantes le sean consignados al señor **NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE**. **Parágrafo 3.** El apoderado **ROBINSON JAVIER HERRERA PEÑALOZA** autoriza bajo su exclusiva responsabilidad que la suma de **CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$40.000.000)**, le sean consignado mediante transferencia electrónica a la cuenta de Ahorros No. 362395949 del Banco BBVA COLOMBIA a su nombre, los cuales serán cancelados sin descuentos ni retenciones. **Parágrafo 4. NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE**, autoriza bajo su exclusiva responsabilidad que la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS MCTE (\$100.000.000)**, le sea consignada mediante transferencia electrónica a la cuenta de Ahorros No. 750087942 del Banco DE BOGOTA a su nombre, los cuales serán cancelados sin descuentos ni retenciones. Una vez **ALLIANZ SEGUROS S.A.** realice sus trámites internos correspondientes al giro de dicha suma, a más tardar dentro de los **TREINTA (30) días calendario siguientes** a la entrega de la documentación requerida debidamente firmada y autenticada. Este pago se realiza de forma total y única a manera de indemnización integral por todos los perjuicios ocasionados y demás sumas que eventualmente **LOS RECLAMANTE** hubieren podido solicitar o recibir con ocasión del citado accidente, sin que dicho pago implique admisión de responsabilidad alguna. **PARAGRAFO 5: ALLIANZ SEGUROS S.A.**, se exonera de toda responsabilidad en cuanto la información para efectuar los pagos es errónea, no se envía de forma completa o la misma no guarda relación con lo indicado en los formatos de pagos por trasferencia. **QUINTO:** Teniendo en cuenta que para el caso que nos ocupa que existen dos procesos vigentes sobre estos hechos así: **1. Proceso verbal de responsabilidad civil extra contractual**, en el cual cursa en el **Juzgado Segundo Civil Del Circuito Del Guamo** en el cual figuran como demandantes los reclamantes **NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE, NELLY RODRIGUEZ, MARIA MERCEDES QUINTANA RODRIGUEZ** en nombre propio y en representación de su menor hija **MAUREN SOFIA GOMEZ QUINTANA, DIEGO JOSE QUINTANA RODRIGUEZ, y SANDRA DANIELA QUINTANA RODRIGUEZ**, y como demandados todos los indemnizantes, **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA** conductor y de propiedad de **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S SOMAC**; Actualmente el proceso se encuentra en despacho para resolver el llamamiento en garantía realizado por nuestro asegurado a Allianz seguros, que celebra este contrato. **2. Proceso penal por punible de homicidio culposo que cursa en Fiscalía 46 Seccional de Vida del Guamo Tolima, radicado No. 733196099122202000460**, siendo indiciado el señor **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA** encontrándose en etapa de indagación preliminar. Esta transacción se hace extensiva a esos dos procesos en donde en el primero se presenta este **contrato de transacción** suscrito por las partes, quienes se comprometen a presentarlo en el Juzgado Segundo Civil del Circuito del Guamo para que de por terminado el mismo, sin que haya lugar a costas ya que así lo han convenido las partes, se cancelen las medidas cautelares, se comunique a

Sandra Daniela Quintana Rodriguez


Carrera 3ª No. 12-36. Centro Comercial Pasaje Real Of. 309

Télefax: 2632436 - 2637229 - Cel. 310 2141695-Ibagué

E mail: duarteehijosabogsas@hotmail.com ó luzangeladuarteacero@hotmail.com

cada una de las dependencias para que procedan de conformidad y se ordene el archivo definitivo previo al cumplimiento del mismo. En lo que respecta del proceso penal los reclamantes indemnizados. Presentaran este contrato de transacción, y desisten de toda acción en civil, penal, administrativa y contravencional en contra de **ALLIANZ SEGUROS S.A., EL ASEGURADO INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S ZOMAC** y el CONDUCTOR **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA**, por los hechos ocurridos el día 13 de noviembre de 2020. Que en consecuencia de lo anterior LOS RECLAMANTES declaran a PAZ Y SALVO por todo concepto de indemnización integral de perjuicios a **ALLIANZ SEGUROS S.A., INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S** propietaria del vehículo de placas **THY838** y **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA** conductor del vehículo de placas **THY838**. **SEXTO:** Esta transacción produce desde hoy efecto de cosa juzgada, y en el evento en que proceda judicialmente a reclamar los perjuicios transados pagaré a título de cláusula penal, el doble de la suma recibida, sin perjuicio de las acciones legales por los perjuicios causados a **ALLIANZ SEGUROS S.A., INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S** propietaria del vehículo de placas **THY838** y **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA** conductor del vehículo de placas **THY838**. **SEPTIMA:** LOS INDEMNIZADOS **NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE, NELLY RODRIGUEZ, MARIA MERCEDES QUINTANA RODRIGUEZ** en nombre propio y en representación de su menor hija **MAUREN SOFIA GOMEZ QUINTANA, DIEGO JOSE QUINTANA RODRIGUEZ, y SANDRA DANIELA QUINTANA RODRIGUEZ**, manifiestan que no existe persona con igual o mejor derecho para recibir el pago de la presente indemnización por concepto de perjuicios por el deceso de **MARIA LUISA QUINTANA RODRIGUEZ (Q.E.P.D)**; En caso de existir alguna, se comprometen personalmente a reembolsar a dicha (s) persona (s) cualquier suma que le sea exigida en la proporción de ley, exonerando de cualquier responsabilidad a la compañía aseguradora ya citada en el presente documento. El presente documento se suscribe y firma en 4 ejemplares del mismo tenor con destino al Juzgado Segundo Civil Del Circuito Del Guamo, Fiscalía 46 Seccional de Vida del Guamo Tolima, Allianz seguros S.A.S e indemnizantes, en la ciudad de Ibagué a los DIECINUEVE (19) días del mes de Enero de 2022.


NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE
 C.C 93.085.203 expedida en Guamo Tolima
 Tercero Reclamante


NELLY RODRIGUEZ
 C.C 1.105.750.541 expedida en Guamo Tolima
 Tercero Reclamante

MARIA MERCEDES QUINTANA RODRIGUEZ
 C.C 1.108.929.899 expedida en Guamo Tolima
 Tercero Reclamante

Sandra Daniela Quintana Rodriguez -

Carrera 3ª No. 12-36. Centro Comercial Pasaje Real Of. 309
 Telefax: 2632436 - 2637229 - Cel. 310 2141695-Ibagué
 E mail: duarteelijosabogsas@hotmail.com ó luzangeladuarteacero@hotmail.com

Diego Quintana Rodriguez
DIEGO JOSE QUINTANA RODRIGUEZ

C.C 1.108.931.783 expedida en Purificación Tolima
Tercero Reclamante

Sandra Daniela Quintana Rodriguez
SANDRA DANIELA QUINTANA RODRIGUEZ
C.C 1.108.931.784 expedida en Guamo Tolima
Tercero Reclamante

Robinson Javier Herrera Penaloza
ROBINSON JAVIER HERRERA PEÑALOZA
C.C 93.134.761 de Espinal Tolima
T.P No. 258.066 del C.S.J
Abogado tercero reclamante

Luiz Angela Duarte Acero
LUZ/ANGELA DUARTE ACERO
C.C. 23.490.813 de Chiquinquirá
T.P. 126.498 del C.S.J.
Apoderada General de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**
NIT. 860.026.182-5

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Circulo de Ibagué *Augusto*
NOTARIA SEGUNDA
RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO

Ante el suscrito notario compareció:

QUINTANA RODRIGUEZ DIEGO JOSE

Identificado con C.C. 1108931783

y declaró que reconoce el contenido del presente documento por ser cierto y que la firma que allí aparece es suya.

ibagué, 2022-01-31 15:28:22

Diego Quintana Rodriguez
FIRMA DECLARANTE
Verifique estos datos ingresando a
www.notariaenlinea.com
Documento: azpk5
CESAR AUGUSTO ALVARADO GAITAN
NOTARIO 2 DEL CIRCULO DE IBAGUÉ

Cesar Augusto Alvarado Gaitan
Notario

RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTO PRIVADO

Ante la Notaría Cincuenta y Siete del Circulo de Bogotá, de la cual es titular Nibardo Agustin Fuertes Morales, comparece

QUINTANA RODRIGUEZ SANDRA DANIELA
Identificado con: C.C. 1108931784

y declara que la firma puesta en el presente instrumento privado es suya y que el contenido del mismo es cierto.

Bogotá D.C. 22/01/2022
a las 12:41:45 p.m. eedgtvebgf33de3d33
LSC

verifique en
www.notariaenlinea.com
Y7DC9PS8I45YCEY63

Sandra Daniela Quintana Rodriguez
FIRMA *Sandra Daniela Quintana Rodriguez*

Sandra Daniela Quintana Rodriguez

Carrera 3ª No. 12-36. Centro Comercial Pasaje Real Of. 309
Telefax: 2632436 - 2637229 - Cel. 310 2141695-Ibagué
E mail: duarreehijosabogsas@hotmail.com ó luzangeladuarteacero@hotmail.com

NOTARIA PRIMERA DE EL ESPINAL (TOLIMA)

4904

RECONOCIMIENTO CON FIRMA A RUEGO

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En El Espinal (Tolima), 2022-02-02 14:59:17

El suscrito Notario Primero de El Espinal (Tolima), certifica:

RODRIGUEZ NELLY

Quien presentó su C.C. 1105750541

y dijo que el contenido de este documento que le fue leído a viva voz, es cierto y que NO PUEDE () o NO SABE () firmar, y ruega para que lo haga por él tanto en el documento que reconoce como en esta diligencia a quien se identifico C.C. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. FIRMA A RUEGO EL SEÑOR ROBINSON JAVIER HERRERA PEÑALOZA CON C.C. N. 93134761



b10d4



FIRMA

LUIS GERARDO SALAZAR MUÑOZ
NOTARIO PRIMERO DEL CÍRCULO DEL ESPINAL



PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO NOTARIA PRIMERA DE EL ESPINAL (TOLIMA)

Este documento dirigido a

Fue presentado personalmente por

QUINTANA MONTEALEGRE NESTOR

quien presentó su **C.C. 93085203**

Y expuso que el contenido de este documento es cierto y que la firma puesta en el es suya, colocada en mi presencia. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.

Espinal (Tolima), 2022-02-02 15:03:15



Cod. b10mb



4904-a6ef526c

El Compareciente

LUIS GERARDO SALAZAR MUÑOZ
NOTARIO PRIMERO DEL CÍRCULO DEL ESPINAL

LG
SM

CONTRATO DE TRANSACCIÓN EN R.C.E. LESIONES (DINERO) SINIESTRO N° 95580571

Entre los suscritos **LUZ ANGELA DUARTE ACERO**, mayor edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 23.490.813 de Chiquinquirá, Tarjeta profesional No. 126.498 del C.S.J. en calidad de **APODERADA GENERAL DE ALLIANZ SEGUROS S.A.**, aseguradora que tenía póliza vigente para el día de los hechos y que amparaba el riesgo de RCE del vehículo de placas **THY838**, el cual era conducido por el señor **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.108.932.933 del Guamo Tolima, vecino y residente en la Manzana 4 casa 5 barrio Villa Angelica del Guamo Tolima, y de propiedad de la empresa **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S ZOMAC** identificada con Nit: 901192246-6, representada legalmente por el señor **JUAN DAVID SANCHEZ SUAREZ**, con domicilio en la carrera 3 sur #4-09 barrio la esperanza de ortega Tolima, quienes en adelante se denominarán **LOS INDEMNIZANTES**, de una parte; y el señor **NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía N. 93.085.203 del Guamo Tolima, celular 3217775050, y la señora **NELLY RODRIGUEZ** identificada con cedula de ciudadanía N. 1.105.750.541 del Guamo Tolima, en su condición de padres de **MARIA LUISA QUINTANA RODRIGUEZ (Q.E.P.D)**, **MARIA MERCEDES QUINTANA RODRIGUEZ** identificada con cedula de ciudadanía N. 1.108.929.899 del Guamo Tolima en nombre propio y en representación de su hija **MAUREN SOFIA GOMEZ QUINTANA** en su condición de hermana y sobrina, **DIEGO JOSE QUINTANA RODRIGUEZ** identificado con cedula de ciudadanía N. 1.108.931.783 de Purificación Tolima, en su condición de hermano, y **SANDRA DANIELA QUINTANA RODRIGUEZ** identificada con cedula de ciudadanía N. 1.108.931.784 del Guamo Tolima en su condición de hermana, todos mayores de edad vecinos en la vereda chontaduro, sector bomba Villa Linda del Guamo Tolima, y el doctor **ROBINSON JAVIER HERRERA PEÑALOZA** mayor de edad, vecino y residente en la calle 11 n1-92 Edificio centro de especialistas oficina 204 Ibagué 22752850Tolima, celular 3104545637, identificado con cédula de ciudadanía No. 93.134.761 expedida en Espinal, con tarjeta profesional N. 258.066 del C.S. de la J., actuando en calidad de **APODERADO DE LAS VICTIMAS**, quien en adelante se denominarán **LOS RECLAMANTES**, hemos celebrado el presente contrato de transacción: **PRIMERO: ALLIANZ SEGUROS S.A.** expidió la póliza de automóviles No. 22752850 para asegurar el automotor de placas **THY838**, marca **INTERNATIONAL**, Servicio **PUBLICO**, clase **VOLQUETA**, color **VERDE**, motor 35300217, de propiedad de **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S ZOMAC** y conducido por **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA**. **SEGUNDO:** Que el día 13 de noviembre de 2020 ocurrió un accidente de tránsito en la vía Castilla -Girardot km 29+200 metros con el vehículo de placas **THY838**, conducido por el señor **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA** y de propiedad de **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S SOMAC**, colisiona con una bicicleta número de marco M1004460, la cual era conducida por **MARIA LUISA QUINTANA RODRIGUEZ (Q.E.P.D)**, quien falleció en el lugar de los hechos. **TERCERO:** **LOS RECLAMANTES** solicitan de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** aseguradora, del **PROPIETARIO**, y el **CONDUCTOR**; la indemnización de todos los perjuicios, que se ocasionaron al grupo familiar con el accidente previamente descrito. Ellos consideran que no deben tales perjuicios, sin embargo, dadas las circunstancias del hecho, convienen en esta transacción para precaver un litigio eventual o para terminar extrajudicialmente uno pendiente. **CUARTA:** Que en virtud de la póliza de automóviles No. 22752850, con cargo al amparo de responsabilidad civil,

hemos transado por la suma de **CIENTO CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$140.000.000)** por concepto de indemnización integral, todos los perjuicios derivados del fallecimiento **MARIA LUISA QUINTANA RODRIGUEZ (Q.E.P.D)**, con los reclamantes **NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE, NELLY RODRIGUEZ, MARIA MERCEDES QUINTANA RODRIGUEZ** en nombre propio y en representación de su menor hija **MAUREN SOFIA GOMEZ QUINTANA, DIEGO JOSE QUINTANA RODRIGUEZ, y SANDRA DANIELA QUINTANA RODRIGUEZ**, manifiestan que aceptan la suma ofrecida como indemnización integral. **Parágrafo 1. Los reclamantes** indemnizados autorizan bajo su exclusiva responsabilidad que se le gire a su apoderado **ROBINSON JAVIER HERRERA PEÑALOZA** la suma de \$40.000.000 de pesos. **Parágrafo 2. Los reclamantes** indemnizados autorizan bajo su exclusiva responsabilidad, que los \$100.000.000 restantes le sean consignados al señor **NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE**. **Parágrafo 3.** El apoderado **ROBINSON JAVIER HERRERA PEÑALOZA** autoriza bajo su exclusiva responsabilidad que la suma de **CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$40.000.000)**, le sean consignado mediante transferencia electrónica a la cuenta de Ahorros No. 362395949 del Banco BBVA COLOMBIA a su nombre, los cuales serán cancelados sin descuentos ni retenciones. **Parágrafo 4. NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE**, autoriza bajo su exclusiva responsabilidad que la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS MCTE (\$100.000.000)**, le sea consignada mediante transferencia electrónica a la cuenta de Ahorros No. 750087942 del Banco DE BOGOTA a su nombre, los cuales serán cancelados sin descuentos ni retenciones. Una vez **ALLIANZ SEGUROS S.A.** realice sus trámites internos correspondientes al giro de dicha suma, a más tardar dentro de los **TREINTA (30) días calendario siguientes** a la entrega de la documentación requerida debidamente firmada y autenticada. Este pago se realiza de forma total y única a manera de indemnización integral por todos los perjuicios ocasionados y demás sumas que eventualmente **LOS RECLAMANTE** hubieren podido solicitar o recibir con ocasión del citado accidente, sin que dicho pago implique admisión de responsabilidad alguna. **PARAGRAFO 5: ALLIANZ SEGUROS S.A.**, se exonera de toda responsabilidad en cuanto la información para efectuar los pagos es errónea, no se envía de forma completa o la misma no guarda relación con lo indicado en los formatos de pagos por trasferencia. **QUINTO:** Teniendo en cuenta que para el caso que nos ocupa que existen dos procesos vigentes sobre estos hechos así: **1. Proceso verbal de responsabilidad civil extra contractual**, en el cual cursa en el **Juzgado Segundo Civil Del Circuito Del Guamo** en el cual figuran como demandantes los reclamantes **NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE, NELLY RODRIGUEZ, MARIA MERCEDES QUINTANA RODRIGUEZ** en nombre propio y en representación de su menor hija **MAUREN SOFIA GOMEZ QUINTANA, DIEGO JOSE QUINTANA RODRIGUEZ, y SANDRA DANIELA QUINTANA RODRIGUEZ**, y como demandados todos los indemnizantes, **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA** conductor y de propiedad de **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S SOMAC**; Actualmente el proceso se encuentra en despacho para resolver el llamamiento en garantía realizado por nuestro asegurado a Allianz seguros, que celebra este contrato. **2. Proceso penal por punible de homicidio culposo que cursa en Fiscalía 46 Seccional de Vida del Guamo Tolima, radicado No. 733196099122202000460**, siendo indiciado el señor **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA** encontrándose en etapa de indagación preliminar. Esta **transacción** se hace extensiva a esos dos procesos en donde en el primero se presenta este **contrato de transacción** suscrito por las partes, quienes se comprometen a presentarlo en el Juzgado Segundo Civil del Circuito del Guamo para que de por terminado el mismo, sin que haya lugar a costas ya que así lo han convenido las partes, se cancelen las medidas cautelares, se comuniquen a



NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUÉ



cada una de las dependencias para que procedan de conformidad y se ordene el archivo definitivo previo al cumplimiento del mismo. En lo que respecta del proceso penal los reclamantes indemnizados. Presentaran este contrato de transacción, y desisten de toda acción en civil, penal, administrativa y contravencional en contra de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, EL ASEGURADO **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S ZOMAC** y el CONDUCTOR **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA**, por los hechos ocurridos el día 13 de noviembre de 2020. Que en consecuencia de lo anterior LOS RECLAMANTES declaran a PAZ Y SALVO por todo concepto de indemnización integral de perjuicios a **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S** propietaria del vehículo de placas **THY838** y **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA** conductor del vehículo de placas **THY838**. **SEXTO:** Esta transacción produce desde hoy efecto de cosa juzgada, y en el evento en que proceda judicialmente a reclamar los perjuicios transados pagaré a título de cláusula penal, el doble de la suma recibida, sin perjuicio de las acciones legales por los perjuicios causados a **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, **INVERSIONES SANCHEZ SUAREZ S.A.S** propietaria del vehículo de placas **THY838** y **HERNAN DARIO GOMEZ BONILLA** conductor del vehículo de placas **THY838**. **SEPTIMA:** LOS INDEMNIZADOS **NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE**, **NELLY RODRIGUEZ**, **MARIA MERCEDES QUINTANA RODRIGUEZ** en nombre propio y en representación de su menor hija **MAUREN SOFIA GOMEZ QUINTANA**, **DIEGO JOSE QUINTANA RODRIGUEZ**, y **SANDRA DANIELA QUINTANA RODRIGUEZ**, manifiestan que no existe persona con igual o mejor derecho para recibir el pago de la presente indemnización por concepto de perjuicios por el deceso de **MARIA LUISA QUINTANA RODRIGUEZ (Q.E.P.D)**; En caso de existir alguna, se comprometen personalmente a reembolsar a dicha (s) persona (s) cualquier suma que le sea exigida en la proporción de ley, exonerando de cualquier responsabilidad a la compañía aseguradora ya citada en el presente documento. El presente documento se suscribe y firma en 4 ejemplares del mismo tenor con destino al Juzgado Segundo Civil Del Circuito Del Guamo, Fiscalía 46 Seccional de Vida del Guamo Tolima, Allianz seguros S.A.S e indemnizantes, en la ciudad de Ibagué a los DIECINUEVE (19) días del mes de Enero de 2022.

NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE

C.C 93.085.203 expedida en Guamo Tolima
Tercero Reclamante

NELLY RODRIGUEZ

C.C 1.105.750.541 expedida en Guamo Tolima
Tercero Reclamante

Maria Mercedes Quintana Rodriguez

MARIA MERCEDES QUINTANA RODRIGUEZ

C.C 1.108.929.899 expedida en Guamo Tolima
Tercero Reclamante


DIEGO JOSÉ QUINTANA RODRIGUEZ
 C.C 1.108.931.783 expedida en Purificación Tolima
 Tercero Reclamante

SANDRA DANIELA QUINTANA RODRIGUEZ
 C.C 1.108.931.784 expedida en Guamo Tolima
 Tercero Reclamante

ROBINSON JAVIER HERRERA PEÑALOZA
 C.C 93.134.761 de Espinal Tolima
 T.P No. 258.066 del C.S.J
 Abogado tercero reclamante


LUZ ÁNGELA DUARTE ACERO
 C.C. 23.490.813 de Chiquinquirá
 T.P. 126.498 del C.S.J.
 Apoderada General de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**
 NIT. 860.026.182-5

REPUBLICA DE COLOMBIA
 Circulo de Ibagué
NOTARIA SEGUNDA
 RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO

Ante el suscrito notario compareció:

QUINTANA RODRIGUEZ DIEGO JOSE

Identificado con C.C. 1108931783

y declaró que reconoce el contenido del presente documento por ser cierto y que la firma que allí aparece es suya.

ibagué, 2022-01-31 15:28:23


 FIRMA DECLARANTE
 Verifique estos datos ingresando a
www.notariaenlinea.com
 Documento: azpkc

CESAR AUGUSTO ALVARADO GAITAN
 NOTARIO 2 DEL CIRCULO DE IBAGUE



RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTO PRIVADO

Ante la Notaría Cincuenta y Siete del Circulo de Bogotá, de la cual es titular Nibardo Agustin Fuertes Morales, comparece

QUINTANA RODRIGUEZ MARIA MERCEDES
 Identificado con: C.C. 1108929899

y declara que la firma puesta en el presente instrumento privado es suya y que el contenido del mismo es cierto.

Bogotá D.C. 27/01/2022
 a las 12:13:27 p.m. 88mpzizpzi0m8imii
 LSC

verifique en
www.notariaenlinea.com
 PHMC7ER7CLOZAYDIO



FIRMA 

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Ibagué Fecha: 04 02 2022

Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐

Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☒ Afianzado ☐ Apoderado ☐

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

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

Persona Natural

Nombre Completo: QUINTANA MONTEALEGRE NESTOR

Documento de Identidad

Personas Nacionales	Personas Extranjeras	NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES.
Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NIID <input type="radio"/> No <u>93085203</u> Fecha de expedición <u>9-02-89</u> Lugar de expedición <u>GUAND</u>	C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/> No <u> </u> Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.	Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia: No <u> </u>

Fecha de nacimiento 05-03-64 Lugar de nacimiento ESPIRAL Nacionalidad Colombiano Dirección de Residencia VEREDA - CHONTADURO.

Ciudad GUAND Teléfono 321 777 5050 E-mail Celular

Oficio o profesión Agricultor Actividad: Independiente ☒ Dependiente ☐

Empresa donde trabaja Cargo Teléfono

Dirección comercial Ciudad

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒ Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Fue su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI ☐ NO ☒

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒

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

Actividad económica Código CIIU

Ingresos Mensuales (Pesos) 2.000.000 Egresos mensuales (Pesos) 1.500.000

Activos (Pesos) Pasivos (Pesos)

Patrimonio (Pesos) 10.000.000 Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido HERNANDEZ Segundo Apellido PERABARRA Nombres Completos ROBINSON JAVIER

Tipo de documento CEDULA N° 93134261 Fecha de expedición 4-03-99 Lugar de expedición ESPIRAL

Persona Jurídica

Razón social Nit.

Oficina principal: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Sucursal o segunda Dirección Ciudad Teléfono Fax

Tipo de empresa Sector de la economía Cuál Fecha de Constitución

Actividad económica Código CIIU

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Tipo de documento N° Fecha de expedición Lugar de expedición

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento Nacionalidad

Dirección Ciudad Teléfono

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

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
Ingresos mensuales (Pesos)		Egresos mensuales (Pesos)	
Activos (Pesos)		Pasivos (Pesos)	
Patrimonio (Pesos)		Otros Ingresos (Pesos)	
Concepto otros ingresos			

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera Si ☐ No ☐ Cuál _____ Indique otras operaciones _____

Productos financieros en el exterior

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
------------------	--------------------------------------	---------	-------	--------	------	--------

Información sobre reclamaciones en seguros

Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
-----	------	----------	-------	-------------------

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de Agri Colombia de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.): _____; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello; 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATAFIDITO y CIBIN, a la Federación de Asseguradores de Colombia - FASECOIDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INF y a Inversiones Fasecolda - INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, aseguradores, operadores y prestadores de servicios con quienes tenga una relación comercial para la ejecución de los servicios de seguros. Si ☐ No ☐

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, aseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si ☐ No ☐

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si ☐ No ☐

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

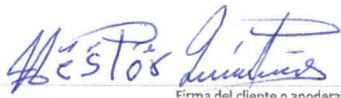
Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además,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

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negativas.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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


Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo): Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:	Lugar (Especifique): Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Recibido por:	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:
	APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	

Autorización de pagos



Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI ☒ NO ☐
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI ☐ NO ☒

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

Tomador

o razón social

Nit./C.C.

Oficina principal: Dirección

Ciudad

Teléfono

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido **QUINTANA** Segundo Apellido **MONTEALEGRE** Nombres Completos **NESTOR**

Tipo de documento **CEDULA** N° **93.085.203** Dirección **VEREDA - CHAMA DUEO**

Ciudad **GUANO** Teléfono **321 7775050**

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

Yo **NESTOR QUINTANA** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. **93.085.203** autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de **TRANSACCION** en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a **TRANSACCION** identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. **93.085.203** con nacionalidad 1 **COLOMBIANA** nacionalidad 2 **COLOMBIANA** para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación) **750087942** Tipo de Cuenta ☐ Corriente ☒ Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RELAUDE LA PRIMA.

Bancolombia: ☐ Tarjeta Allianz: ☐
 Cheque ☐ Efectivo ☐

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.

SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Entiendo que los datos que me suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que me entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29—24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405—Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A. identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29—24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: **Nestor Quintana**
 C.C. No. **93085203**

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Devivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

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

 FECHA DE NACIMIENTO **05-MAR-1964**
ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.47 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-FEB-1989 GUAMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Adiel Sanchez Torres*
INDICE DERECHO REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ADIEL SANCHEZ TORRES

A-2905800-00549299-M-0093085203-20140222 0037362242A 1 42446404

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO **93.085.203**
QUINTANA MONTEALEGRE
APELLIDOS
NESTOR
NOMBRES
Nestor Quintana

FIRMA


EL BANCO DE BOGOTÁ

INFORMA:

Que la persona NESTOR QUINTANA MONTEALEGRE identificado(a) con CC 93085203 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTÁ a través de la CTA AHORROS No. 750087942 desde el 15 de marzo de 2021, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 19 de enero de 2022, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero
Gerencia de Soluciones para el Cliente
Banco de Bogotá

Autorización de pagos



Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI ☐ NO ☒
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerada? SI ☐ NO ☒

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

Tomador

razón social

Oficina principal: Dirección

Ciudad

Nit. /C.C.

Teléfono

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido **HERREERA** Segundo Apellido **PENALOTA** Nombres Completos **ROBINSON JAVIER**
 Tipo de documento **CEDEULA** N° **93134761** Dirección **LAKE 11 N° 1-92**
 Ciudad **IBAGUE** Teléfono **310 454 56 37**

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

Yo **HERREERA PENALOTA** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **93134761** autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeude por concepto de **TRAMITACIÓN** en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a **identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No** con nacionalidad 1 **nacionalidad 2** para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación)

Número de Cuenta (validar según relación)

Tipo de Cuenta

☐ Corriente ☒ Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDÓ LA PRIMA.

Bancolombia:

Tarjeta Allianz:

Cheque ☐

Efectivo ☐

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.

SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Asimismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29-24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29-24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

ROBINSON JAVIER
 Nombre: **HERREERA PENALOTA**
 C.C. No. **93134761**

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

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

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Fecha: DÍA MES AÑO

Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐

Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Apoderado ☒

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

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

Persona Natural

Primer apellido: HERERA Segundo Apellido: PENABAZA Nombres Completos: ROBINSON JAVIER

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NIUP <input type="radio"/> No: <u>93134761</u> fecha de expedición: <u>04-03-99</u> Lugar de expedición: <u>ESPIRAL</u>	Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/> No: <input type="text"/> Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.	NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:
---	---	--

Fecha de nacimiento: 28-12-80 Lugar de nacimiento: café Nacionalidad: colombiano Dirección de Residencia: Calle 11 No 1-92-
 Ciudad: ibague Teléfono: 310 454 5637 E-mail: JAVIERHERERA200@HOTMAIL.COM Celular: 310 454 5637
 Oficio o profesión: ABOGADO Actividad: Independiente ☒ Dependiente ☐

Empresa donde trabaja: Cargo: Teléfono:
 Dirección comercial: Ciudad:

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI ☐ NO ☒
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI ☐ NO ☒

Actividad económica: Código CIUJ:
 Ingresos Mensuales (Pesos): Egresos mensuales (Pesos):
 Activos (Pesos): Pasivos (Pesos):
 Patrimonio (Pesos): Otros Ingresos (Pesos):
 Concepto otros ingresos:

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):
 Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:
 Tipo de documento: N°: Fecha de expedición: Lugar de expedición:

Persona Jurídica

Nombre o razón social: Nit:
 Oficina principal: Dirección: Ciudad: Teléfono: Fax:
 Sucursal o agencia: Dirección: Ciudad: Teléfono: Fax:
 Tipo de empresa: Sector de la economía: Cuál: Fecha de Constitución:
 Actividad económica: Código CIUJ:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:
 Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:
 Tipo de documento: N°: Fecha de expedición: Lugar de expedición:
 fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Nacionalidad:
 Dirección: Ciudad: Teléfono:

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

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

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

Ingresos mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera Si ☐ No ☒ Cuál _____ Indique otras operaciones _____

Productos financieros en el exterior

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
------------------	--------------------------------------	---------	-------	--------	------	--------

Información sobre reclamaciones en seguros

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
------	----------	-------	-------------------

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.); 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello; y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizadas por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECO, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INF y a Inversiones Fasescol-INVERSAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier otro tercero que tenga un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades antes mencionadas. Si ☐ No ☒

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de notificaciones sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier otro tercero que tenga un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades antes mencionadas. Si ☐ No ☒

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si ☐ No ☒

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, así como informarse sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada; contactar los datos personales previos antes de ser eliminados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941 133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

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

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negativas.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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

Firma del cliente autorizado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Lugar (Especifique): Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Revisado: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 93.134.761
HERRERA PEÑALOZA
APELLIDOS
ROBINSON JAVIER
NOMBRES




FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1980
CALI (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 AB+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-MAR-1999 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS BALBUENA VACHA

ÍNDICE DERECHO



A-2900150-0104086-M-0093134761-20161106 0063108116A 1 9906248130

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
ROBINSON JAVIER HERRERA PEÑALOZA		28-DIC-1980		CALI (VALLE)	
APELLIDOS		NOMBRES		ESTATURA	
HERRERA PEÑALOZA		ROBINSON JAVIER		1.75	
CÉDULA DE CIUDADANÍA		FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN	
93.134.761		04-MAR-1999		ESPINAL	
REGISTRADOR NACIONAL					
JUAN CARLOS BALBUENA VACHA					
FECHA DE EMISIÓN					
04-MAR-1999					
LUGAR DE EMISIÓN					
ESPINAL					
MOTIVO DE EMISIÓN					
REEMPLAZO					
FECHA DE VIGENCIA					
HASTA EL 28-DIC-2030					
VALIDEZ					
HASTA EL 28-DIC-2030					



Consejo Superior
de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
ROBINSON JAVIER
APELLIDOS:
HERRERA PEÑALOZA

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
WILSON RUÍZ OREJUELA

UNIVERSIDAD
COOP. DE COL BTA

FECHA DE GRADO
27 de marzo de 2015

CONSEJO SECCIONAL
TOLIMA

CEDULA
93134761

FECHA DE EXPEDICION
25 de mayo de 2015

TARJETA N°
258066

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

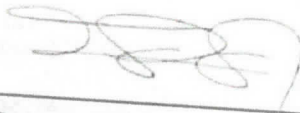
Que nuestro(a) cliente ROBINSON JAVIER HERRERA PE#ALOZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 93.134.761 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 362395949 aperturada el 20 de noviembre de 2014 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 17 de enero de 2022.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0362395949
Cuenta de 16 dígitos:	0362000200395949
Cuenta de 20 dígitos:	00130362000200395949

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.