

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

N° SINIESTRO

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

**1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO: **Montoya** SEGUNDO APELLIDO: **Ruiz** PRIMER NOMBRE: **Graciela** SEGUNDO NOMBRE: **Del Socorro**

C.C.  C.E.  T.I.  R.  OTR.  NÚMERO: **32.510.991** LUGAR DE EXPEDICIÓN: **Medellin** FECHA DE EXPEDICIÓN: **26/05/1975** SEXO:  F  M

FECHA DE NACIMIENTO: **07/04/1952** NACIONALIDAD: **Colombiana** OCUPACIÓN / PROFESIÓN: **pensionada**

ESTADO CIVIL: CASADO  SOLTERO  SEPARADO  VIUDO  N° DE HIJOS: **3** ESTRATO: **3**

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

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: CARGO:

CIUDAD: DIRECCIÓN: TELEFONO: FAX:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: **calle 80 sur 59 08** CIUDAD DE RESIDENCIA: **La Estrella**

TELEFONO: CELULAR: **3185570298** EMAIL: **juridicoscjl@gmail.com**

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?  SI  NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO?  SI  NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO. GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?  SI  NO

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

**2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA**

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: NIT:

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

C.C.  C.E.  NÚMERO: LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: CIUDAD: TELEFONO:

PAG. WEB: FAX:

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: CIUDAD: TELEFONO: FAX:

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

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

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

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

INGRESOS MENSUALES: \$ **1.423.500** ACTIVOS: \$ **0**

EGRESOS MENSUALES: \$ **700.000** 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
				<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): **pension**
- 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 CARNE DIPLOMÁTICO).

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

**7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO**

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

Firma: *Graciela Montoya R.* NÚMERO: **32510991 de Mede**

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. **32510991 de Mede**

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:


**AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**

 TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR:  BENEFICIARIO:  INTERMEDIA:  OT:  CUAL: \_\_\_\_\_

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

**DATOS DE LA EMPRESA**

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

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

NOMBRES: Graciela del Socorro		PRIMER APELLIDO: Montoya	SEGUNDO APELLIDO: Ruiz
CC	NÚMERO: 32.510.991	FECHA EXPEDICION: 26/05/1975	CIUDAD EXPEDICION: Medellin
DIRECCION:	Calle 80 # 59 - 08	CIUDAD: La Estrella	DEPARTAMENTO: Antioquia
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR: 3185570298	

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: 24113308334	CORRIENTE: <input type="checkbox"/> AHORROS: <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO: Banco Caja social	SUCURSAL: 0475	CIUDAD: Caldas -Ant

**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

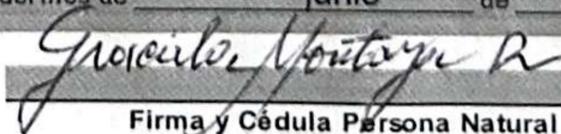
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

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: juridicosciji@gmail.com

 En constancia se firma en: La Estrella - Ant a los ( 13 ) del mes de junio de 2025

Firma del Representante Legal y Sello

  
 Firma y Cédula Persona Natural  
32510991

Fecha Diligenciamiento: \_\_\_\_\_ 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  Comercial  Laboral  Otra  Cual \_\_\_\_\_

**Tomador-Beneficiario**

Familiar  Comercial  Laboral  Otra  Cual \_\_\_\_\_

**Asegurado-Beneficiario**

Familiar  Comercial  Laboral  Otra  Cual \_\_\_\_\_

### 1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Montoya SEGUNDO APELLIDO: Ruiz NOMBRES: Graciela del socorro

TIPO DE DOCUMENTO: Cc NÚMERO: 32.510.991 FECHA DE EXPEDICIÓN: 26/05/1975 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Medellin

FECHA DE NACIMIENTO: 07/04/1952 LUGAR DE NACIMIENTO: Amaga NACIONALIDAD 1: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD 2: \_\_\_\_\_

E-MAIL: juridicoscji@gmail.com DIRECCIÓN (Residencia): calle 80 # 59 08 CIUDAD: La Estrella

DEPARTAMENTO: Ant TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: 3185570298

SECTOR: primavera CIU (cod): \_\_\_\_\_ TIPO DE ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_ ¿Cual?: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: pensionada CARGO: \_\_\_\_\_ EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN (Oficina): \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO (Oficina): \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD SECUNDARIA: \_\_\_\_\_ CIU (cod): \_\_\_\_\_

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos) \_\_\_\_\_ EGRESOS MENSUALES (Pesos) \_\_\_\_\_

ACTIVOS (Pesos) \_\_\_\_\_ PASIVO (Pesos) \_\_\_\_\_

PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) \_\_\_\_\_ OTROS INGRESOS (Pesos) \_\_\_\_\_

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES \_\_\_\_\_

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	--

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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

¿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: \_\_\_\_\_

### 3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO  CUAL \_\_\_\_\_

¿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

**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

#### 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 política 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](http://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, 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](http://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

*Guicibe Montoya R.*

FIRMA CLIENTE O APODERADO

32510901



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).

## ACUERDO CONCILIATORIO

1. Las partes han decidido, de manera libre y voluntaria, conciliar todas las diferencias que han surgido o que puedan llegar a surgir entre ellas, derivadas de los hechos ocurridos el día **11 de mayo de 2022**, como consecuencia del **accidente de tránsito** del cual resultó **lesionada** la señora **Graciela del Socorro Montoya Ruiz** por la suma única, total y definitiva de **Dieciséis Millones de pesos M/cte. (\$16'000.000)**, que corresponde a la indemnización integral de la totalidad de los perjuicios reclamados por el convocante, pero sin limitarse a ellos, incluso los que se revelen en el futuro, independientemente de la denominación que adopten, poniendo fin a todas las reclamaciones extrajudiciales o judiciales realizadas o por efectuar; por lo cual la señora **Graciela del Socorro Montoya Ruiz** desiste y renuncia libremente a todas sus pretensiones o a formular otras adicionales, precaviendo de ese modo eventuales y futuros litigios, motivados o relacionados directa o indirectamente con los hechos que convocaron a esta audiencia y sus secuelas, en cuanto este acuerdo comprende todos los daños y perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, o de cualquier tipo que hubieren sido provocados, y los que eventualmente se revelen en el futuro, de manera que no se deja nada pendiente, y por eso se extiende a cualquier efecto o consecuencia que se relacione o asocie directa o indirectamente, aunque sea imprevista, con los hechos que nos convocan, por lo cual incluyen en la suma por la que se concilia, el pago o solución de todos los conceptos de divergencia.
  
3. El pago de la suma citada, será realizada por **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COORPORATIVO** a favor la señora **Graciela del Socorro Montoya Ruiz** identificada con No. de **CC. 32.510.991**, mediante transferencia a la cuenta **Ahorros** 24 113308334 Banco Caja Social en un plazo de veinte (20) días hábiles posteriores a la fecha de presentación y recepción en la Av. 6 a Bis # 35n - 100 oficina 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la dirección electrónica bduran@gha.com.co y notificaciones@gha.com.co, de los siguientes documentos:
  - 3.1. Formulario de Conocimiento del cliente y/o Sarlaft.
  - 3.2. Formulario de autorización pago indemnización.
  - 3.3. Copia de Cédula de ciudadanía ampliada al 150% o Certificado de Existencia y Representación Legal.
  - 3.4. Certificación de existencia de la cuenta bancaria de titularidad de Graciela del Socorro Montoya Ruiz.
  - 3.5. Dos (2) ejemplares del escrito de desistimiento de la acción penal debidamente firmado y con nota de presentación personal y/o constancia de radicación.
  - 3.6. Copia del presente acuerdo de conciliación.
  
4. Una vez allegados los documentos en su integridad y en los términos indicados, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COORPORATIVO** contará con el plazo de (20) días hábiles para realizar el pago de la suma de dinero referida. La recepción completa de los documentos indicados en los numerales **3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, y 3.6** constituye una condición suspensiva para la exigibilidad del pago, por tal razón, hasta que éstos no sean allegados debidamente y en su totalidad, de manera física y electrónica, no podrá verificarse pago alguno por parte de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COORPORATIVO**.

5. **Graciela del Socorro Montoya Ruiz**, de forma voluntaria y libre de todo premio y presión, bajo la gravedad de juramento, manifiestan que autoriza que el pago del dinero que les corresponde por la indemnización y reparación integral que cancelará **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COORPORATIVO** sea efectuado Graciela del Socorro Montoya Ruiz a nombre de

6. Una vez recibido el pago acordado, se entenderá ocurrido el resarcimiento que constituye la indemnización integral de todos y cada uno de los perjuicios sufridos por aquellos, éste hecho dará lugar a que se extinga por esa causa, cualquier acción penal, civil, administrativa o de otra índole que pueda iniciarse o se hubiere iniciado en contra de los convocados o con motivo de los hechos que dieron origen a esta conciliación.

7. Este acuerdo se celebra bajo la premisa de que **Graciela del Socorro Montoya Ruiz** declara que es el único perjudicado como consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el **día 11 de mayo de 2022**, y en esa medida manifiestan que no existe ningún otro reclamante con derecho alguno, y comprometen su responsabilidad si esta declaración no corresponde a la realidad.

**Graciela del Socorro Montoya Ruiz**, bajo la gravedad de juramento, manifiesta expresamente que él es la única con derecho a ser resarcido y la única persona que podría reclamar una indemnización, a raíz del **accidente de tránsito** que nos convoca a esta diligencia, y afirma que sabe que no existen otras personas que puedan alegar derecho alguno o que tengan derecho a reclamar una indemnización por este mismo hecho o con ocasión del acuerdo del resarcimiento aquí reconocido; declaración ésta en virtud de la cual **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COORPORATIVO**, acepta y celebra este acuerdo. En virtud de ello, el reclamante se compromete a responder con su propio peculio, ante la eventual aparición de personas que aleguen y puedan acreditar tener algún derecho que se derive del **accidente de tránsito** que hoy se concilia, de manera que el reclamante garantiza que él será quien indemnice a esas personas que eventualmente se presenten.

\* Graciela Montoya R.  
32510/991

Señor

FISCAL 193 LOCAL DE LA ESTRELLA

E.

S.

D.

Proceso: LESIONES CULPOSAS ART 120 C.P. INCISO I  
Denunciante: GRACIELA DEL SOCORRO MONTOYA RUIZ  
Denunciados: EQUIDAD SEGUROS, SEGUROS DEL ESTADO SA (SOAT),  
SANTIAGO ACEVEDO URIBE, EDGAR DE JESUS AREIZA  
ECHEVERRI Y TRANSPORTES ESTRELLA MEDELLÍN S.A  
SPOA: 053806099022202250360  
REF. Desistimiento de acción penal

REPUBLICA DE COLOMBIA  
NOTARIA ÚNICA  
Sobremesa Antioquia  
Martha Lucía Cuatrecasas Velepuntas

**LUIS GERMAN CADAVID PALACIO**, mayor y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No 71.753.437 de Medellín y con Tarjeta Profesional número 118.653 del C.S. de la J obrando como apoderado de la señora **GRACIELA DEL SOCORRO MONTOYA RUIZ**, denunciante en el proceso referido, comedidamente me permito efectuar a su despacho los siguientes:

#### HECHOS

**PRIMERO:** La señora **GRACIELA DEL SOCORRO MONTOYA RUIZ**, convocó a audiencia de conciliación extrajudicial en materia civil en el Centro de Conciliación en Derecho "Corporativos" a las siguientes personas: **EQUIDAD SEGUROS, SEGUROS DEL ESTADO SA (SOAT), SANTIAGO ACEVEDO URIBE, EDGAR DE JESUS AREIZA ECHEVERRI Y TRANSPORTES ESTRELLA MEDELLÍN S.A.**, el pasado 2 de abril de 2025

**SEGUNDO:** La solicitud de audiencia de conciliación fue adjudicada con el siguiente radicado interno: 2025-00115 y se fijó como fecha para la audiencia el 29 de abril de 2025 a las 1:30 pm

**TERCERO:** De dicha audiencia de conciliación se llegó al siguiente acuerdo:

"Las partes han decidido, de manera libre y voluntaria, conciliar todas las diferencias que han surgido o que puedan llegar a surgir entre ellas, derivadas de los hechos ocurridos el día 11 de mayo de 2022, como consecuencia del accidente de tránsito del cual resultó lesionada la señora Graciela del Socorro Montoya Ruiz por la suma única, total y definitiva de Dieciséis Millones de pesos M/cte. (\$16'000.000), que corresponde a la indemnización integral de la totalidad de los perjuicios reclamados por el convocante, pero sin limitarse a ellos, incluso los que se revelen en el futuro, independientemente de la denominación que adopten, poniendo fin a todas las reclamaciones extrajudiciales o judiciales realizadas o por efectuar; por lo cual la señora Graciela del Socorro Montoya Ruiz desiste y renuncia libremente a todas sus pretensiones o a formular otras adicionales, precaviendo de ese modo eventuales y futuros litigios, motivados o relacionados directa o indirectamente con los hechos que convocaron a esta

audiencia y sus secuelas, en cuanto este acuerdo comprende todos los daños y perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, o de cualquier tipo que hubieren sido provocados, y los que eventualmente se revelen en el futuro, de manera que no se deja nada pendiente, y por eso se extiende a cualquier efecto o consecuencia que se relacione o asocie directa o indirectamente, aunque sea imprevista, con los hechos que nos convocan, por lo cual incluyen en la suma por la que se concilia, el pago o solución de todos los conceptos de divergencia."

**CUARTO:** Mi representada ha decidido renunciar a las pretensiones invocadas en la denuncia.

**QUINTO:** Este proceso es de aquellos en que la ley no prohíbe ni limita su desistimiento.

**SEXTO:** En el presente proceso no se ha dictado sentencia que le ponga fin.

**SÉPTIMO:** El suscrito apoderado está facultado expresamente para desistir, sin embargo, esta petición esta coadyuvada por mí patrocinada, razón por la cual se solicita de su despacho ponerle fin al proceso por desistimiento.

#### PETICIONES

**PRIMERO:** Sírvase aceptar el desistimiento de la presente denuncia con el fin de dar por terminado el presente proceso.

**SEGUNDO:** Consecuencialmente, dar por terminado el proceso, disponiendo del archivo del expediente previamente efectuadas las anotaciones que fueren necesarias.

**TERCERO:** Abstenerse de condenar en costas y en agencias en derecho, ya que así lo han convenido las partes.

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamentos en lo preceptuado por el artículos 76 del Código de Procedimiento Penal

#### PRUEBAS

Solicito tener como pruebas la actuación surtida en el proceso principal

#### Documentales:

Copia de acta de conciliación del Centro de Conciliación Corporativos radicado interno 2025-00115 del 29 de abril de 2025

#### ANEXOS

Me permito anexar copia del presente escrito para archivo de la Fiscalía.

#### COMPETENCIA

Es usted competente, Señor Fiscal, para resolver de esta petición, por encontrarse conociendo del proceso en referencia.

REPUBLICA UNICA

COLOMBIA  
SABANETA ANT.  
CUARTAS VANEGAS

REPUBLICA DE COLOMBIA  
NOTARIA UNICA  
Sabaneta Antioquia  
Martha Lucía Cuente Vanegas

COLOMBIA  
SABANETA ANT.  
DE SABANETA ANT.  
LA CUARTAS VANEGAS

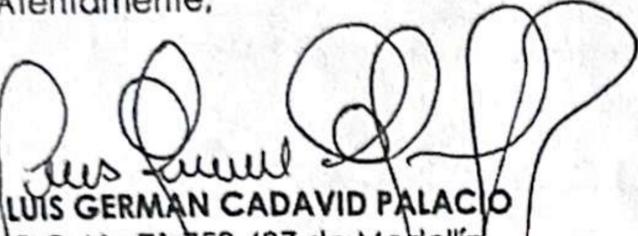


**NOTIFICACIONES**

Se váse en enviar a la siguiente dirección: Calle 51 número 50-66, edificio Plaza,  
oficina 405 del municipio de Itagüí

Del Señor Fiscal,

Atentamente,

  
**LUIS GERMAN CADAVID PALACIO**  
C.C. No 71.753.437 de Medellín  
T.P. No. 118.653 del C. S. de la J.  
Email: luiscaid@hotmail.com



Recibido 13/06/2025



3 folios

Fiscal 193 Local - La Estrella.

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

GRACIELA DEL\_SOCORRO MONTOYA Identificado con CC 32510991  
RUIZ

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CALDAS, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

<b>Número:</b>	24113308334
<b>Fecha de apertura:</b>	7 de Abril de 2022
<b>Condiciones de uso:</b>	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
<b>Estado:</b>	Cuenta activa

*Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0475 CALDAS de la ciudad de CALDAS ANT, el día Miércoles, 07 de Mayo de 2025.*

*Cordialmente,*

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.510.991

MONTOYA RUIZ

APELLIDOS

GRACIELA DEL SOCORRO

NOMBRES

*Graciela del Socorro Ruiz*

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 07-ABR-1952  
AMAGA  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65      O+

ESTATURA

G.S. RH

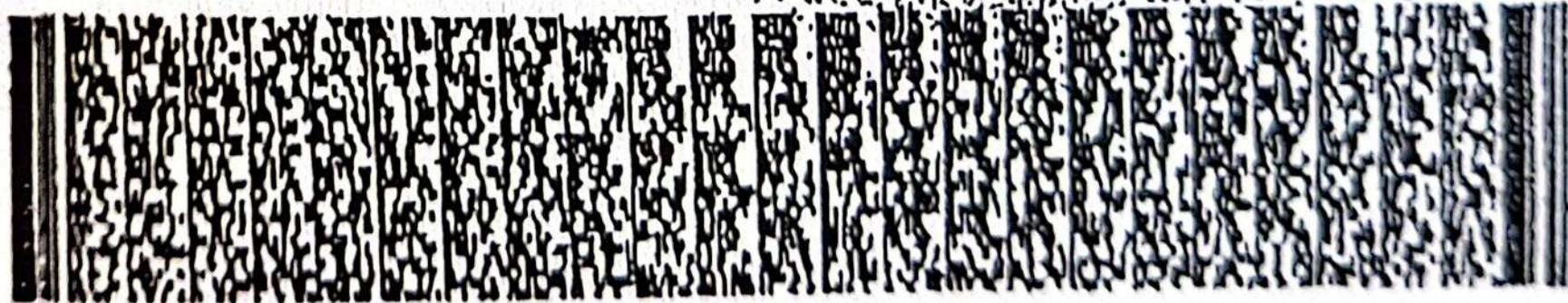
F

SEXO

26-MAY-1975 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CAROL DE ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0116800-00449311-F-0032510891-20130715

0033988612A 1

2532432110



La Estrella, 13 de junio de 2025.

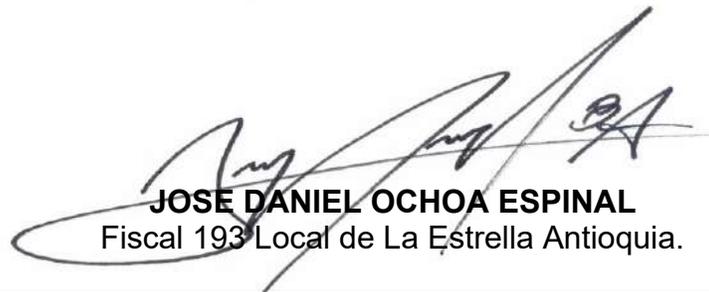
**SPOA: 202250360 F-193**

Señor(a)  
**GRACIELA DEL SOCORRO MONTOYA RUIZ**  
[Gracielamontoyaruiz@gmail.com](mailto:Gracielamontoyaruiz@gmail.com)

Asunto: **COMUNICACIÓN DE ARCHIVO**

Esta agencia Fiscal le comunica que ordenó el archivo de la indagación, bajo el SPOA 053806099022202250360, por el presunto delito de Lesiones Culposas (Art. 120 del Código Penal), donde usted es denunciante/víctima, por desistimiento (Art. 76 del Código de Procedimiento Penal)

Cordial saludo,

  
**JOSE DANIEL OCHOA ESPINAL**  
Fiscal 193 Local de La Estrella Antioquia.

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	JOSE DANIEL OCHOA ESPINAL	---	13/06/2025
Revisado y Aprobado para firma por	JOSE DANIEL OCHOA ESPINAL	---	13/06/2025
Anexo		---	--