

Bogotá, 13 de febrero de 2025

Señor(a):

**JOHAN DABNEY LONDOÑO ORREGO**

[ASISTENCIAJURIDICAAUTOMOTRIZ@GMAIL.COM](mailto:ASISTENCIAJURIDICAAUTOMOTRIZ@GMAIL.COM)

3026487930

MEDELLÍN

**Referencia:** SINIESTRO: 10310116 CASO: 218972  
PÓLIZA: AB000201  
ASEGURADO: TRANSPORTES ESPECIALES GALERAS EXPRESS S.A.S  
TOMADOR: TRANSPORTES ESPECIALES GALERAS EXPRESS S.A.S

Respetado(a) señor(a),

En atención a la reclamación presentada por Usted en calidad de apoderado(a) de **MAURICIO POSADA HINCAPIE**, mediante la cual promueve la afectación de la póliza citada en asunto y solicita el reconocimiento y pago de indemnización con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el **21 de septiembre del 2024**, en el que se vieron involucrados el vehículo asegurado de placa **MYZ411** y el automotor de placa **TTG299**. Sobre el particular, La Equidad Seguros Generales O.C., se permite manifestarle lo siguiente:

**Primero:** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, ordenamiento jurídico que en Colombia rige el contrato de seguro, señala que además de demostrar la ocurrencia del siniestro, se debe soportar la cuantía de la pérdida.

**Segundo:** LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. le informa que ofrece la suma de **TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$3.900.000)**, como indemnización integral, es decir por todo concepto.

El presente ofrecimiento queda supeditado al envío del siguiente documento

1. Certificado de pago del deducible emitido por la compañía de seguros PREVISORA

Para autorizar el giro correspondiente, le solicitamos diligenciar y autenticar la constancia de indemnización y paz y salvo, así mismo diligenciar los formatos adjuntos en los espacios señalados en color gris, de forma clara, legible con huella y número de identificación. Una vez diligenciados adjuntar copia de la cédula ampliada al 150 y certificación bancaria a nombre del beneficiario de pago.

En caso de presentar reconsideración por el valor de lucro cesante, debido a que este no se encuentra acreditados.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

1. Certificado de ingresos mensuales del vehículo y/ o documento que acredite el valor de ingresos.
2. Certificado por previsor donde se indique que no cuenta con el amparo de lucro cesante o en su defecto que indique que no se reclamó por este amparo.

Tenga en cuenta que la respuesta a su reclamación la enviaremos a la dirección electrónica informada en el formulario de reclamación web, a través de nuestra plataforma de gestión de siniestros, que genera respuestas automáticas de notificación hacia el cliente externo de la Aseguradora, la cual podrá identificar bajo el destinatario [onequidad@laequidadseguros.coop](mailto:onequidad@laequidadseguros.coop). Recuerde no responder, ni enviar documentos a este correo ya que es una dirección no habilitada para recibir información.

Si tiene alguna inquietud adicional, lo invitamos a acceder a nuestro portal web <https://www.laequidadseguros.coop/contacto/que-hacer-en-caso-de-siniestro> botón **Documentos anexos**, en el cual, Usted podrá cargar sus solicitudes de manera virtual, relacionando el número de caso **218972** y número de siniestro **10310116**, y con gusto la resolveremos.

Cordialmente,



**LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**

COORDINACION DE INDEMNIZACIONES AUTOS Y RC

ELABORÓ: LEIDY RODRIGUEZ - ANALISTA DE INDEMNIZACIONES

## CONSTANCIA DE INDEMNIZACIÓN Y PAZ Y SALVO



**ASEGURADO:** TRANSPORTES ESPECIALES GALERAS EXPRESS S.A.S  
**TOMADOR:** TRANSPORTES ESPECIALES GALERAS EXPRESS S.A.S  
**RAMO:** AUTOS COLECTIVOS -011706  
**POLIZA:** AB000201  
**SINIESTRO:** 10310116                      **CASO:** 218972  
**AGENCIA:** PASTO

Yo **JOHAN DABNEY LONDOÑO ORREGO**, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de apoderado(a) de **MAURICIO POSADA HINCAPIE** que en adelante se llamará **EL RECLAMANTE**, obrando en mi calidad de propietario(a) del vehículo de placa **TTG299**, tercero(a) afectado(a) y beneficiario(a) del siniestro con cargo a la póliza de la referencia, por medio del presente documento hago constar:

**PRIMERO.-** Que he llegado con **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** Aseguradora de los riesgos de Responsabilidad Civil Extracontractual, a un arreglo transaccional definitivo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 2469 del Código Civil Colombiano, con ocasión de la reclamación presentada a consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el 21 de septiembre del 2024, en el cual se vio involucrado el vehículo asegurado de placa **MYZ411** y el automotor afectado de placa **TTG299**,

**SEGUNDO.-** Que, en virtud del presente acuerdo transaccional, se ha convenido que **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** indemnizará a **EL RECLAMANTE**, con cargo a la póliza AB000201, la suma de **TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$3.900.000)** como indemnización integral que satisface todos los daños y perjuicios ocasionados en el accidente ya mencionado. **EL RECLAMANTE** declara cancelada la obligación de resarcir los perjuicios que le han sido indemnizados, mediante el presente acuerdo y libera de cualquier acción de responsabilidad a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** a **EL ASEGURADO** y al conductor del vehículo asegurado y por lo tanto se abstendrá de iniciar o continuar cualquier acción legal en contra de estas personas por los mismos hechos.

**TERCERO.-** En caso de que **EL RECLAMANTE** no sea quien aparece inscrito en el certificado de propiedad del vehículo o bien pero acredita ser tenedor o poseedor del mismo, reconoce que no existe otra u otras personas con igual o mejor derecho para reclamar la indemnización mencionada en la Cláusula Segunda y Tercera del presente documento, y en el evento de que aparezca alguien en esas mismas condiciones e igualdad de derechos, **EL RECLAMANTE** asumirá cualquier perjuicio que se le haya ocasionado a éste y exonera a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, de cualquier pago adicional que se relacione con los hechos reclamados.

**CUARTO.-** Que en consecuencia de lo anterior, declaro a **PAZ Y SALVO** y libre de posteriores reclamos a **TRANSPORTES ESPECIALES GALERAS EXPRESS S.A.S** en calidad de **Tomador del seguro**, a **TRANSPORTES ESPECIALES GALERAS EXPRESS S.A.S** en calidad de **asegurado(a) y propietario(a) del vehículo placa MYZ411, al conductor,**

Una aseguradora cooperativa con sentido social

y a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** por los hechos ocurridos el 21 de septiembre del 2024.

**QUINTO.-** De acuerdo con lo establecido en los artículos 15, 2483 y concordantes del Código Civil Colombiano, renuncio y desisto de las acciones y derechos que me confieren las leyes civiles y penales para iniciar en un futuro acción alguna que persiga el pago de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales en contra de **TRANSPORTES ESPECIALES GALERAS EXPRESS S.A.S** en calidad de **Tomador del seguro**, de **TRANSPORTES ESPECIALES GALERAS EXPRESS S.A.S** en calidad de **asegurado(a) y propietario(a) del vehículo placa MYZ411, del conductor**, y de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** que busque el pago de los perjuicios que ya le han sido resarcidos mediante el presente acuerdo.

**SEXTO.-** Que ostento la calidad de *único beneficiario*, en virtud de que no existen más personas con igual o mejor derecho a reclamar y en caso de aparecer más beneficiarios responderé civil y pecuniariamente hasta la concurrencia de la suma indemnizada

Para constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_.

Nombre y Firma:

Fecha de nacimiento día/mes/año

Cedula de Ciudadanía No.

Dirección / Tel

Fecha de elaboración: 13 de febrero de 2025

**AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**
**TIPO DE VINCULACIÓN:** PROVEEDOR:  BENEFICIARIO:  INTERMEDIAR  OT  CUAL: \_\_\_\_\_

**CONCEPTO DE PAGO:** DEVOLUCIÓN DE PRIMA:  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		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
DIRECCION:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:	

*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	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DEL BANCO
BANCO	SUCURSAL	CIUDAD

**RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS**

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

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

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

Email: \_\_\_\_\_

En constancia se firma en: \_\_\_\_\_ a los ( ) del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

Una aseguradora cooperativa con sentido social

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

N° SINIESTRO \_\_\_\_\_

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

**1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	R. <input type="checkbox"/>	OTR. <input type="checkbox"/>	NÚMERO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN:	FECHA DE EXPEDICIÓN:
FECHA DE NACIMIENTO:				NACIONALIDAD:		OCUPACION / PROFESION:	
ESTADO CIVIL:		CASADO <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS:	
TIPO DE ACTIVIDAD:		ASALARIADO <input type="checkbox"/>				ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	
		AMA DE CASA <input type="checkbox"/>		RENTISTA <input type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/>	
				INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA						CARGO	
CIUDAD		DIRECCION				TELEFONO	
DIRECCION DE RESIDENCIA						CIUDAD DE RESIDENCIA	
TELEFONO				CELULAR		EMAIL	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
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. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	NÚMERO	
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	
PAG. WEB		CIUDAD	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION		TELEFONO:	
		FAX:	
		CIUDAD	
		TELEFONO:	
		FAX:	
TIPO DE EMPRESA:		ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
PÚBLICA <input type="checkbox"/>		INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	
PRIVADA <input type="checkbox"/>		COMERCIAL <input type="checkbox"/>	
MIXTA <input type="checkbox"/>		TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	
		CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>	
		AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>	
		CIVIL <input type="checkbox"/>	
		OTRA: _____	
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:			

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

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/>		

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

INGRESOS MENSUALES	\$ _____	ACTIVOS	\$ _____
EGRESOS MENSUALES	\$ _____	PASIVOS	\$ _____
OTROS INGRESOS	\$ _____	CONCEPTO OTROS INGRESOS	_____

**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"/>
				<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): \_\_\_\_\_
- 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
- 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**

<p align="center"><b>PERSONA NATURAL</b></p> <p>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).</p>	<p align="center"><b>PERSONA JURÍDICA</b></p> <p>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.</p>
--	--

**7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO**

FIRMA O COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p align="center">HUELLA</p>
<div style="background-color: #ccc; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p align="center">FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.</p>		

**8. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS:</p> <p>_____ NOMBRE: _____ CÉDULA: _____</p>	<p>OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS.</p> <p> </p>
--	--

GRG-FO-0040  
06/2017