

Bogotá, 27 de marzo de 2025

Señor:

DILAN ALEXANDER QUINTERO GIL

OSCARJAVI.QUINTERO@HOTMAIL.COM

Bogotá

Referencia: SINIESTRO: 10316776 CASO: 224963
PÓLIZA: AB000370
ASEGURADO: ANGEL ALBERTO SERRANO MARTINEZ
TOMADOR: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE GIRARDOT LTDA

Respetado señor,

En atención a la reclamación presentada por Usted en calidad de reclamante, 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 **2 de marzo de 2025**, en el que se vieron involucrados el vehículo asegurado de placa **SON978** y el automotor de placa **VEQ753**. 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, situación que no se encuentra debidamente acreditada, puesto que luego de realizar la revisión de las pretensiones, las mismas no se encuentran ajustadas conforme la jurisprudencia y doctrina.

Segundo: Referente a los daños materiales del automotor de placa **VEQ753**, le informamos lo siguiente:

Revisada la cotización por Usted remitida, identificamos que la mano de obra presupuestada no se encuentra detallada bajo un baremo técnico que permita colegir de manera clara y específica como se determinó el costo total del presupuesto de reparación. Asimismo, destacamos que, con el material fotográfico allegado, no evidenciamos la magnitud de los daños y piezas afectadas, que permitiera sustentar la necesidad de sustitución de los repuestos mencionados en la cotización.

Por otra parte, consideramos importante aclarar que, la cobertura de Responsabilidad Civil otorgada mediante la póliza No. **AB000370** tiene establecido un deducible de 10%, mínimo UN (1) salario mínimo mensual legal vigente para el año 2025.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

Respetuosamente aclaramos que tanto en el artículo 1103 del Código de Comercio y los conceptos emitidos por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, han reiterado que el asegurado es quien afronta la primera parte del daño, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro las Compañías de Seguros solo indemniza la proporción de la pérdida que le corresponde, Por esta razón, La Equidad Seguros Generales O.C. está llamada a responder hasta el monto pactado en el contrato del seguro, sin asumir el deducible.

Tercero: Con base en lo detallado anteriormente y una vez analizada la totalidad de documentos aportados para el estudio del reclamo **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** le informa que le ofrece a título de transacción la suma de **DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE (\$2.197.841.00)**, como indemnización integral, es decir por todo concepto.

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.

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. 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 **224963** y número de siniestro **10316776**, y con gusto la resolveremos.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

COORDINACION DE INDEMNIZACIONES AUTOS Y RC

ELABORÓ: NESTOR PACHECO - ANALISTA DE INDEMNIZACIONES

CONSTANCIA DE INDEMNIZACIÓN Y PAZ Y SALVO

ASEGURADO: ANGEL ALBERTO SERRANO MARTINEZ
TOMADOR: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE GIRARDOT LTDA
RAMO: RCE
POLIZA: AB000370
SINIESTRO: 10316776 **CASO:** 224963
AGENCIA: IBAGUE

Yo **DILAN ALEXANDER QUINTERO GIL**, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, que en adelante se llamará **EL RECLAMANTE**, obrando en mi calidad de propietario(a) del vehículo de placa **VEQ753**, 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 **2 de marzo de 2025**, en el cual se vio involucrado el vehículo asegurado de placa **SON978** y el automotor afectado de placa **VEQ753**.

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 AB000370, la suma de **DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE (\$2.197.841.00)**, como indemnización integral que satisface todos los daños y perjuicios ocasionados en el accidente ya mencionado. El anterior valor nace de tomar el total de la pérdida indemnizable (**\$3.621.341**) y de restar el deducible contratado en la póliza que para el caso que nos ocupa es de (**\$1.423.500**), el cual debe conciliar directamente con el asegurado. **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.

Una aseguradora cooperativa con sentido social

CUARTO.- Que en consecuencia de lo anterior, declaro a **PAZ Y SALVO** y libre de posteriores reclamos a **COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE GIRARDOT LTDA** en calidad de **Tomador del seguro**, a **ANGEL ALBERTO SERRANO MARTINEZ** en calidad de **asegurado(a) y propietario(a) del vehículo placa SON978, al conductor**, y a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** por los hechos ocurridos el **2 de marzo de 2025**.

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 **COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE GIRARDOT LTDA** en calidad de **Tomador del seguro**, de **ANGEL ALBERTO SERRANO MARTINEZ** en calidad de **asegurado(a) y propietario(a) del vehículo placa SON978, 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, salvo lo que respecta al deducible, cuando éste se establezca expresamente en la Cláusula Segunda y que está a cargo de EL ASEGURADO.

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 2025.

Nombre y Firma:

Fecha de nacimiento día/mes/año

Cedula de Ciudadanía No.

Dirección / Tel

Fecha de elaboración: 27 de marzo de 2025

Una aseguradora cooperativa con sentido social



N° SINIESTRO

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

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:	OCCUPACION / PROFESIÓN:
ESTADO CIVIL:	CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS:	ESTRATO:
TIPO DE ACTIVIDAD:		ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
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"/>			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO	
CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA	
TELÉFONO		CELULAR	EMAIL
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:			

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURIDICA			
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	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO:
PAG. WEB		FAX:	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO:
		FAX:	
TIPO DE EMPRESA:	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>
	PRIVADA <input type="checkbox"/>		COMERCIAL <input type="checkbox"/>
	MIXTA <input type="checkbox"/>		TRANSPORTE <input type="checkbox"/>
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"/> 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

PERSONA NATURAL	PERSONA JURIDICA
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).	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

FIRMA O COM O CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, EN TIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR. ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.		
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.		

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☐ INTERMEDIA: ☐ OT: ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA: ☐ INDEMNIZACIÓN: ☐ PRESTACIÓN DE SERVICIO: ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

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

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA EXPEDICIÓN	CIUDAD EXPEDICIÓN
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELÉFONOS:	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 IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSIÓN	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSIÓN	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