



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO TERCERO (3°) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Carrera 9 No. 11-45 piso 6° Edificio Virrey – Torre Central.

j03cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co – Teléfono 2820261

Bogotá D.C., 29 SEP 2021

PROCESO VERBAL RAD. 2019-0564

De la anterior documentación aportada por el apoderado e la parte demandante, córrase traslado a la parte demandada por el término de tres (3) días, de conformidad con el numeral 4° del artículo 316 del Código General del Proceso, para que se pronuncien al respecto.

Vencido el término anterior, regresen las diligencias al Despacho para resolver lo que en derecho corresponda.

NOTIFÍQUESE,


LILIANA CORREDOR MARTÍNEZ
JUEZ

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. La anterior providencia se notifica por anotación en Estado No. <u>59</u> hoy 30 SEP 2021  PABLO ALBERTO TELLO LARA Secretario

105

Desistimiento del proceso 11001310300320190056400

marta pachon <martapachonmurcia@gmail.com>

Lun 21/06/2021 10:55 AM

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j03cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co> 1 archivos adjuntos (1 MB)

Desistimiento proceso 11001310300320190056400.pdf;

Buenos días, reciban un cordial saludo, por medio de la presente me permito radicar ante su despacho la solicitud de desistimiento del proceso, que adjunto por medio de la presente.

SEÑORES

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C

E.

S.

D.

REFERENCIA: Desistimiento de la acción por haberse conciliado los daños de manera integral

Radicado 11001310300320190056400

PRESENTACION PERSONAL Y CONSIDERACIONES

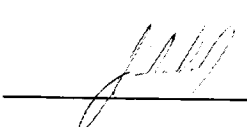
Yo, *Luis Miguel Valenzuela Díaz*, Identificado con cedula de Ciudadanía N° 1.010.194.203 mayor edad, Domiciliado en la ciudad de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 277.617 Del Consejo Superior De la judicatura, con dirección de notificaciones anunciadas en el correspondiente acápite, al señor juez, con el debido respeto le manifiesto:

Que presento ante su despacho el poder legamente conferido por la señora **MARÍA CATALINA CABOGAL BARAHONA** identificada con cedula de ciudadanía N° 52.429.528 Y en representación legal del Señor JUAN PABLO URIBE BARAHONA víctima C.C 1.018.515.262 quienes sufrieran daños Patrimoniales y extra-patrimoniales producto del siniestro de tránsito ocurrido el día 14 De Febrero de 2017, en el que se viera involucrado un vehículo de transporte público de placas WCL-691 conducido por el señor **JHON CARLOS VARGAS** Vehículo Adscrito al Consorcio **ESTE ES MI BUS S.A.S**, y hacer el respectivo llamamiento en garantía a **SEGUROS MUNDIAL S.A.** póliza de responsabilidad contractual No 2000000246, por medio de la presente manifiesto lo siguiente:

Primero: Que los demandantes y los demandados suscribieron contrato de transacción, donde concilian los daños y perjuicios causados

Segundo. Como consecuencia de la firma del contrato, las partes acordaron terminar todos los procesos civiles o penales por los daños ocasionados

Tercero: Por tal razón los demandantes desisten de la continuación del proceso civil llevado por su despacho, solicitan respetuosamente se de por terminado el proceso


Luis Miguel Valenzuela Díaz

C.C N° 1.010.194.203

T.P 277.617

Bogotá D.C., 29/07/2020
SLPM – 4891-2020

Doctor

LUIS MIGUEL VALENZUELA DIAZ**valenzuela.avocat@gmail.com****Calle 80ª N° 116B - 50 Bloque 6 Apto 215****3008983436****Bogotá D.C****REF: RECLAMACION 17751 POLIZA No. 2000002460**
PLACA TOMADOR: WCL691
ASEGURADO: ESTE ES MI BUS SAS

Cordial Saludo:

Con ocasión a la solicitud de reconsideración presentada en nuestra Compañía el día 03/06/2020 en referencia al accidente de tránsito ocurrido el día 14 del mes de Febrero de 2017 y con la que se pretende afectar la Póliza de Responsabilidad Civil Contractual, nos permitimos informarle que una vez analizados los nuevos argumentos y/o documentos aportados, **SEGUROS MUNDIAL ratifica** el ofrecimiento realizado por valor de **VEINTINUEVE MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$29,175,282)**, por las lesiones que padeciera el (la) señor(a) Maria Catalina Barahona Sabogal en el caso que nos ocupa, en el cual se incluye reconocimiento por perjuicios materiales y/o inmateriales.

Es del caso resaltar que nuestro ofrecimiento se encuentra fundamentado en el análisis y evaluación médica de los documentos aportados, en los que se observa dictamen de medicina legal de fecha 19 de febrero de 2019, en el cual se estableció incapacidad definitiva de 55 días y como secuelas: deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente; perturbación funcional de miembro superior derecho de carácter permanente; perturbación funcional de órgano sistema nervioso periférico de carácter permanente; perturbación funcional de sistema de la presión de carácter permanente.

De lo anterior y teniendo en cuenta lo informado, quedamos pendientes de su respuesta para la elaboración del respectivo CONTRATO DE TRANSACCÓN, y mientras pasa la cuarentena del covid 19 por favor seguir los siguientes pasos:

1. Firme con huella el contrato y el sarlaft.
2. Si Usted es la único 8ª) beneficiaria pídale a algún familiar que la acompañe que firme con huella el contrato debajo o al lado de su firma.
3. Si no tiene huellero improvíselo con tinta de lapicero.

Líneas de Atención al Cliente:

Bogotá: 7477318/19**Nacional: 0180000111270.**

Portal Web

www.segurosmundial.com.co

Seguros Mundial

Elaborado por Stefani Garzón



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.



tu compañía siempre

4. Envíe los documentos escaneados desde el correo personal de uno de los beneficiarios del contrato al correo contratos.ajusta@holdingvml.com, con la frase " (nombre y apellido), declaro bajo la gravedad del juramento que he aceptado el ofrecimiento de seguros Mundial y que he suscrito con mi puño y letra el contrato que se adjunta"
5. Debe anexar un certificado de la cuenta a su nombre, el cual de ser el caso podrá bajar por internet, no se harán transferencias a cuentas de terceros.
6. El trámite se activará y con posterioridad le estaremos informando a qué dirección debe enviar los físicos de los documentos.
7. Nuestro departamento de contratos se estará comunicando con Usted en caso de algún requerimiento adicional.
8. Nos excusa las medidas tomadas, pero debemos procurar que su indemnización no caiga en manos de terceros de mala fe, es por la seguridad de todos.

Cordialmente,

Javier

ANDRÉS HUMBERTO GARCÍA RODRÍGUEZ
SUBDIRECTOR DE INDEMNIZACIONES LINEAS PERSONALES

Líneas de Atención al Cliente:

Bogotá: 7477318/19

Nacional: 0180000111270.



Portal Web

www.segurosmondial.com.co



Seguros Mundial



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.

Elaborado por Stefani Garzón

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.429.528
BARAHONA SABOGAL

APELLIDOS

MARIA CATALINA

FIRMAS

[Handwritten signature]



ÍNDICE DE RECHOS

FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1978

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

31-ENE-1997 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GUARDADO VÁSQUEZ



A-1500150-00969776-F-0052429528-20180116

0059153173A 1

1264783380



108

Notaria 50 de Bogotá D.C.
A este documento le corresponde
la autenticación No. 50318

CONTRATO DE TRANSACCIÓN LESIONES

Caso Nro. 17751

Entre los suscritos a saber, **LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, identificada con Nit número 860.037.013-6 cuyo domicilio es la ciudad de Bogotá D.C., en calidad de aseguradora del vehículo de placa **WCL691** quien en adelante se denominará **LA ASEGURADORA**, y el doctor **LUIS MIGUEL VALENZUELA DIAZ** con número de identificación 1.010.194.203 y portador de la tarjeta profesional número 277.617 del C.S. de la J., con facultad de **RECIBIR DINERO** de la señora **MARIA CATALINA BARAHONA SABOGAL** con Número de Identificación 52.429.528 en calidad de lesionado, quien en adelante se denominará **EL TERCERO**; acordamos:

PRIMERO. LA ASEGURADORA, expidió la póliza de RCC automóvil número 2000002460 que asegura al vehículo de placas **WCL691** de propiedad de la empresa **ESTE ES MI BUS S.A.S.**, afiliado a la misma empresa con Nit No 900.393.736. **SEGUNDO.** Que el día 14 del mes de febrero de 2017, ocurrió accidente de tránsito en virtud del cual se vieron involucrados el vehículo de placas **WCL691** y la señora **MARIA CATALINA BARAHONA SABOGAL**. **TERCERO.** Que como consecuencia del accidente antes mencionado, la ASEGURADORA Y EL TERCERO, acuerdan de manera libre, voluntaria, informada y con el propósito de precaver un eventual litigio, las partes que celebran este contrato han decidido transigir sus diferencias, con sujeción a los siguientes términos: LA ASEGURADORA, con cargo a la Póliza antes referida se obliga a pagar a título de indemnización total, única y definitiva la suma de **VEINTE Y NUEVE MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$29.175.282)** de la siguiente manera: A) al doctor **LUIS MIGUEL VALENZUELA DIAZ** con facultad de **RECIBIR DINERO** de la señora **MARIA CATALINA BARAHONA SABOGAL**, a título de indemnización total única y definitiva la suma de **OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$8.752.584)** correspondiente al 30% de la suma total de **VEINTE Y NUEVE MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$29.175.282)**. B) a la señora **MARIA CATALINA BARAHONA SABOGAL**, a título de indemnización total, única y definitiva la suma de **VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE Y DOS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$20.422.697)** correspondientes al 70% de la suma total de **VEINTE Y NUEVE MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$29.175.282)**. **CUARTO.** Que en consecuencia de lo anterior, EL TERCERO declara a PAZ Y SALVO y libera de toda responsabilidad, por concepto de lesiones derivado del mencionado accidente tales como costos, daños y perjuicios, patrimoniales y extrapatrimoniales, presentes y futuros, materiales y morales, incluyendo, pero no limitándose a daños físicos, daño emergente, lucro cesante, daño moral, daño a la vida de relación, daños fisiológicos y psicológicos, alteración en condiciones de existencia, afectación de derechos con protección constitucional contractuales y extracontractuales y, en general, cualquier daño o perjuicio que puedan haber sufrido o llegaren a sufrir con ocasión al accidente por las lesiones sufridas y que puedan reclamar a LA ASEGURADORA, al ASEGURADO y la EMPRESA AFILIADORA DEL VEHICULO del vehículo de placas **WCL691**. Así mismo EL TERCERO desiste y renuncia de manera expresa a presentar cualquier tipo de reclamo o cualquier acción pasada, presente o futura de carácter civil, penal o administrativa que de los hechos acaecidos se deriven en contra de LA ASEGURADORA, al ASEGURADO y la EMPRESA AFILIADORA DEL VEHICULO, por los hechos ocurridos el día 14 del mes de febrero de 2017 y en el evento en que en la actualidad se tramite proceso penal por lesiones personales culposas en contra del conductor asegurado, se obliga a comparecer ante la autoridad que conozca de dicha investigación a manifestar que ha sido indemnizado de manera integral, por los



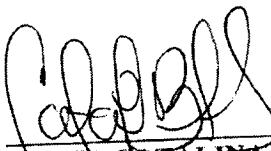
perjuicios sufridos y en consecuencia se termine la acción penal. **QUINTO.** Las partes reconocen que la transacción contenida en el presente documento tiene por finalidad precaver eventuales litigios y, por lo tanto, surte efectos de cosa juzgada en última instancia en los términos del artículo 2483 del Código Civil colombiano. Las partes reconocen y aceptan que el presente acuerdo está llamado a producir plenos efectos en Colombia y, en general, en cualquier otro país del mundo. Este documento, igualmente presta mérito ejecutivo y en el evento en que proceda extrajudicialmente o judicialmente a reclamar los perjuicios acordados o se presentare persona con igual o mejor derecho, EL TERCERO saldrá a responder frente a estos, por el valor indemnizado, sin perjuicio de las acciones legales por los perjuicios causados a LA ASEGURADORA, al ASEGURADO y la EMPRESA AFILIADORA DEL VEHICULO. **SEXTO:** LOS RECLAMANTES acuerdan y reconocen que, por virtud del pago que se efectuará en su favor de conformidad con la presente transacción, LA ASEGURADORA se subroga en todos los derechos y acciones que aquellos tengan o puedan llegar a tener contra cualquier tercero responsable por el Accidente. **SEPTIMO:** El contenido de este contrato de transacción es estrictamente confidencial y, en tal virtud, EL TERCERO se compromete a no revelarlo ni total ni parcialmente a terceras personas, salvo con el propósito de hacer cumplir los términos del mismo o en el evento de ser requerido por la ley o autoridad judicial.

El presente documento se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 14 días del mes de agosto de 2020.

Firman

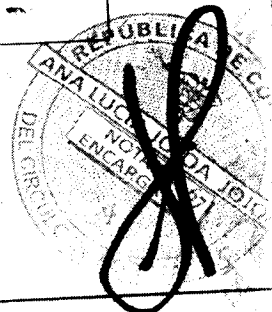
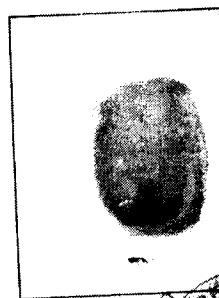
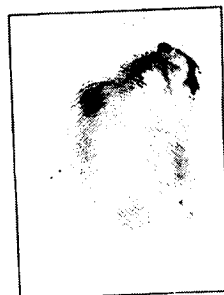
Huella Tercero

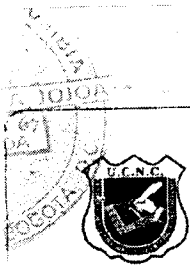

LUIS MIGUEL VALENZUELA DIAZ
C.C. 1.010.194.203
T.P. 277.617 del C.S. de la J.
Apoderado de Tercero Afectado


MARIA CATALINA BARAHONA SABOGAL
C.C. 52.429.528
Tercero Afectado

COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

Elaboro: Yuliana Andrea Agudelo





DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



30729

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el veinticinco (25) de agosto de dos mil veinte (2020), en la Notaría Sesenta y Siete (67) del Círculo de Bogotá D.C., compareció:

MARIA CATALINA BARAHONA SABOGAL, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0052429528 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

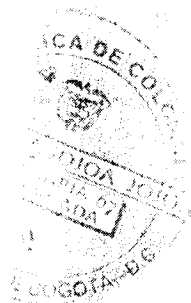
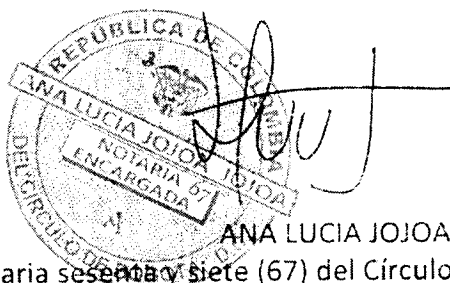


7tck6dj2woep
25/08/2020 - 10:36:54:725

----- Firma autógrafa -----

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

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



ANA LUCIA JOJOA JOJOA
Notaria sesenta y siete (67) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargada

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Numero Único de Transacción: 7tck6dj2woep



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



50318

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el ocho (08) de septiembre de dos mil veinte (2020), en la Notaría Cincuenta (50) del Círculo de Bogotá D.C., compareció:

LUIS MIGUEL VALENZUELA DIAZ, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #1010194203 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



2lrqs2jnjvnc
08/09/2020 - 12:29:32:737

----- Firma autógrafa -----

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

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

Este folio se asocia al documento que contiene la siguiente información CONTRATO DE TRANSACCION LESIONES.



GABRIEL URIBE ROLDAN

Notario cincuenta (50) del Círculo de Bogotá D.C.

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 2lrqs2jnjvnc



Señor (a):

FISCAL 45 SECCIONAL DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

Referencia: Desistimiento Afectado

Delito: Lesiones personales culposas

Placa Vehículo Involucrado: WCL691

Caso No.: 110016000017201702466

Yo, **MARIA CATALINA BARAHONA SABOGAL**, domiciliado y residente en Bogotá, identificado como aparece al pie de mi firma, y en calidad de lesionado, como consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el día 14 del mes de febrero de 2017, manifiesto respetuosamente al despacho por medio de este escrito, que **DESISTO DE MANERA LIBRE, VOLUNTARIA E INFORMADA**, de cualquier acción pasada, presente o futura de carácter civil, penal o administrativa que de los hechos acaecidos se deriven en contra de LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., identificada con el Nit. Número 860.037.013-6, LA EMPRESA DE TRANSPORTES **ESTE ES MI BUS S.A.S.** identificada con el Nit Número 900.393.736 del propietario y del conductor del vehículo de placas **WCL691** teniendo en cuenta que no es de mi interés entablar proceso alguno.

El presente documento se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 14 días del mes de agosto de 2020.

Cordialmente,

MARIA CATALINA BARAHONA SABOGAL

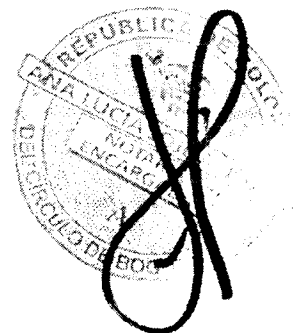
C.C. 52.429.528

Dirección: Cra 117 # 89A-25 B12 AP501

Teléfono: 3004669881

E-mail: catabarosa@gmail.com

Elaboro: Yolima Andrea Agudelo



**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE
DOCUMENTO PRIVADO**

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



30729

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el veinticinco (25) de agosto de dos mil veinte (2020), en la Notaría Sesenta y Siete (67) del Círculo de Bogotá D.C., compareció:
MARIA CATALINA BARAHONA SABOGAL, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0052429528 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



7tck6dj2woep
25/08/2020 - 10:36:54.725



----- Firma autógrafa -----

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

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



ANA LUCIA JOJOA JOJOA
Notaria sesenta y siete (67) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargada

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 7tck6dj2woep



tu compañía siempre



(571) 285 56 00

Calle 33 # 6B - 24
Bogotá, Colombia

www.segurosmondial.com.co

www.facebook.com/SegurosMundial
twitter.com/SegurosMundial

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONA NATURAL

Version 2016-11-11 1 de 3

Fecha Diligenciamiento	D	2	M	9	A	2020	Ciudad	Bogotá D.C.	Sucursal		Tipo Solicitud			
EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE														
Clase de Vinculación	☐ Tomador ☐ Asegurado ☒ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otro													
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO. (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).														
Tomador - Asegurado	☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra Cuál													
Tomador - Beneficiario	☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra Cuál													
Asegurado - Beneficiario	☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra Cuál													
1. INFORMACIÓN BÁSICA														
Primer Apellido	Barrera		Segundo Apellido	Salgado		Nombres	María Catalina							
Tipo de Documento	CC		Número	52421538		Fecha de Expedición	D	31	M	01	A	1997	Lugar de Expedición	Bogotá
Fecha de Nacimiento	D	31	M	10	A	1978	Lugar de Nacimiento	Bogotá		Nacionalidad 1	Colombiana		Nacionalidad 2	
E-mail	Catabaro@gmail.com					Dirección (Residencia)	Cra. 117 # 89A-25 Bl. 2 Ap 501							
Departamento	Cundinamarca			Ciudad	Bogotá		Teléfono	4740932		Celular	3004669881		CIU (Cód.)	
Actividad Principal	ANALISTA					Sector	SERVICIOS		CIU (Cód.)					
Tipo de Actividad						¿Cuál?			Ocupación	ANALISTA		Cargo	Laboral experiencia	
Empresa donde trabaja	Americas BPS					Dirección (Oficina)	Av. El Dorado # 85D-55							
Ciudad	Bogotá			Departamento	Cundinamarca		Teléfono (Oficina)	4251700						
Actividad Secundaria						CIU (Cód.)								
Dirección						Departamento			Ciudad			Teléfono		
¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o Comerciantes)														
Ingresos Mensuales (Pesos)	1 800 000					Egresos Mensuales (Pesos)	1 500 000							
Activos (Pesos)	12 000 000					Pasivo (Pesos)	5 000 000							
Patrimonio (Activos - Pasivos, Pesos)	7 000 000					Otros Ingresos (Pesos)	0							
Concepto otros Ingresos Mensuales														
¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta? (Ver definición en el pie de página) ☐ SI ☒ NO ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO														
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo de conocimiento mejorado para PPE y vinculados														
¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? ☐ SI ☒ NO ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? ☐ SI ☒ NO														
Indique:														
2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS														
Declaro expresamente que:														
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.														
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.														
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 ¿Cuál?														
Indique otras operaciones														
¿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 Públicamente Expuesta (PPE): 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 importantes de partidos políticos.														



(571) 285 56 00
Calle 33 # 68 - 24
Bogotá, Colombia
www.segurosmondial.com.co
www.facebook.com/SegurosMundial
twitter.com/SegurosMundial

FORMULARIO DE VINCULACION DE CLIENTES PERSONA NATURAL

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

☐ SI ☒ NO

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

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CONSIDERACIONES

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

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose por LA ASEGURADORA, la **COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, Dirección: Calle 33B No 68 24 Pisos 1 al 3 en la Ciudad de Bogotá D.C., e-mail: consumidor@segurosmondial.com.co, líneas de atención al Cliente 01800011935 a nivel nacional y 3274712 o 3274713 desde Bogotá y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedad(es) antes mencionada(s).

Así mismo, entendiéndose como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la(s) sociedad(es) _____ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

Declaro expresamente:

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

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

1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contratante contractual y/o proveedor; ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos; iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre; iv) El control y la prevención del fraude; v) La liquidación y pago de siniestros; vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado; vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora; ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora; x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS; xi) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA); y las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables; xii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia; xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo; xiv) Consulta y envío de información a las centrales de riesgo crediticio.

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

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

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

5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo IV del Título IV de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas, y la Ley 1581 de 2012.

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

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

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

a) **FASECOLDA**, cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 344 3080 de la ciudad de Bogotá D.C.; b) **INVERFAS S.A.** cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320165 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) **INIF**, Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320165 de la ciudad de Bogotá D.C.

Me declaro al tanto que la política de tratamiento de datos personales de LA ASEGURADORA la puedo encontrar completa en <http://www.segurosmondial.com.co/servicioalcliente/>

Autorizo expresamente y sin equivocación a FASECOLDA, INVERFAS S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v) del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. ☒ SI ☐ NO

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

III. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas y para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

IV. **CERTIFICACIÓN:** Manifestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente, en la Ley 1581 de 2012 y (i) que, existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O LOS INTERMEDIARIOS señalados en este documento.

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

FIRMA CLIENTE O APODERADO

Huella

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista	Día	Mes	Año
Fecha de la Entrevista			
Hora de la Entrevista			
Observaciones			
Nombre del Intermediario			
Resultado de la Entrevista ☐ Aprobado ☐ Rechazado			

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación	Día	Mes	Año
Hora de Confirmación			
Nombre y Cargo de quien verifica			
Firma			
Observaciones			



(571) 285 56 00
Calle 33 # 68 - 24
Bogotá, Colombia
www.segurosmondial.com.co
www.facebook.com/SegurosMundial
twitter.com/SegurosMundial

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
PERSONA NATURAL

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674 de 2016, 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, nueros, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y

3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).



**Calle 33 # 6B - 24
Bogotá, Colombia**

www.facebook.com/SegurosMundial
twitter.com/SegurosMundial

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
PERSONA NATURAL

Fecha Diligencia	M	A	Ciudad	Sucursal	Tipo Solicitud
Clase de Vinculación: ☐ Tomador ☐ Asegurado ☒ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otro					
Tomador - Asegurado: ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra					
Tomador - Beneficiario: ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra					
Asegurado - Beneficiario: ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra					
Primer Apellido	VALBUENA		Segundo Apellido	Díaz	
Nombre	Luis Manuel				
Tipo de Documento	CECULA		Número	1010191203	
Fecha de Documento	D	M	A	1990	10
Lugar de Expedición	BOGOTÁ D.C.				
Nacionalidad 1	COLOMBIANA				
Nacionalidad 2					
E-mail	VALBUENA.QUECOT@BNA.CO				
Dirección (Residencial)	TU 20 # 2-51 Piso 301				
Departamento	CONDOTOMARCA		Ciudad	BOGOTÁ D.C.	
Teléfono	3008983431		Celular	3008983436	
Sector	SERVICIOS		CBO (Cód.)		
Ocupación	ABOGADO		Cargo		
Empresa donde trabaja					
Ciudad	BOGOTÁ D.C.		Departamento	CONDOTOMARCA	
Teléfono (Oficina)					
CBO (Cód.)					
Actividad Secundaria					
Ciudad	BOGOTÁ D.C.		Departamento	CONDOTOMARCA	
Teléfono					
CBO (Cód.)					
¿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 Públicamente Expuesta? (Ver definición en el pie de página)	☐ SI ☒ NO				
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	☐ SI ☒ NO				
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PPE y vinculados					
¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	☐ SI ☒ NO				
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	☐ SI ☒ NO				
Indique:					
Declaro expresamente que:					
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.					
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.					
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					
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	☐ SI ☒ NO				
¿Posee productos financieros en el exterior?	☐ SI ☒ NO				
Indique otras operaciones					
¿Posee cuentas en moneda extranjera?	☐ SI ☒ NO				
Tipo de Producto	Identificación o número del producto		Entidad	Monto	Ciudad
Persona Públicamente Expuesta (PPE): 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 importantes de partidos políticos.					

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? ☐ SI ☒ NO

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

CONSIDERACIONES

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

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ASEGURADORA, la **COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, Dirección: Calle 338 No. 68-24 Pisos 1 al 3 en la Ciudad de Bogotá D.C., e-mail: consumidorfinanciero@segurosmondial.com.co, líneas de atención al Cliente 018000111955 a nivel nacional y 3274712 o 3274713 desde Bogotá y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedades antes mencionadas(s).

Así mismo, enténdase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la(s) sociedad(es) _____ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).
Dirección: _____ Teléfono: _____

Autorizo expresamente e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la novena versión 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual le y comprendi cabalmente: ☐ SI ☒ NO

Declaro expresamente:

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

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

1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de inscripción de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor. ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI). viii) La elaboración de estudios, técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. xi) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos, al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), y o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. xii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. xiii) Consulta y envío de información a las centrales de riesgo crediticio.

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

3. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: apuradores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) **LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS** que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) **FASECOLD, INVERFAS S.A. y el INF**, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos, para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

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

5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo IV del Título IV de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas, y la Ley 1581 de 2012.

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

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

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

a) **FASECOLD** cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, e-mail: fasecolda@fasecolda.com Tel: 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C. b) **INVERFAS S.A.** cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, e-mail: inverfas@fasecolda.com Tel: 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
c) **INF** - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, e-mail: directraproactivo@inf.com.co Tel: 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

He sido informado que la política de tratamiento de datos personales de LA ASEGURADORA la puede encontrar completa en <http://www.segurosmondial.com.co/servicio-al-cliente/>

Autorizo expresamente e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A. e INF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral 1 y del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. ☐ SI ☒ NO

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

III. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

IV. **CERTIFICACIÓN:** Manifiestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente, en la Ley 1581 de 2012 y ii) que, existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O LOS INTERMEDIARIOS señalados en este documento.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA CLIENTE O APODERADO

Huella Dactilar

Lugar de la Entrevista	Fecha de Verificación	Día	Mes	Año
Fecha de la Entrevista	Día	Mes	Año	Hora de Confirmación
Nombre y Cargo de quien verifica	Firma	Observaciones		
Nombre del Intermediario	Observaciones	Resultado de la Entrevista		
☐ Aprobado ☐ Rechagado				



(571) 285 56 00
Calle 33 # 68 - 24
Bogotá, Colombia
www.segurosmondial.com.co
www.facebook.com/SegurosMundial
twitter.com/SegurosMundial

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
PERSONA NATURAL

En cumplimiento del Decreto 1674 de 2016, 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
- Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
 - Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y
 - Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

114

Certificado Bancario

Martes, 25 de Agosto de 2020

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA CATALINA BARAHONA SABOGAL identificado(a) con CC 52429528, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	22621185920	2005/02/21	ACTIVA

* Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez

Es el





DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SEGUROS MUNDIAL**

14/09/2020

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **LUIS MIGUEL VALENZUELA DIAZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1010194203**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550001000112589

Fecha de apertura

28/11/2011

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.194.203

VALENZUELA DIAZ

APELLIDOS

LUIS MIGUEL

NOMBRES

Luis Miguel Valenzuela Diaz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81

ESTATURA

A+

G.S. RH

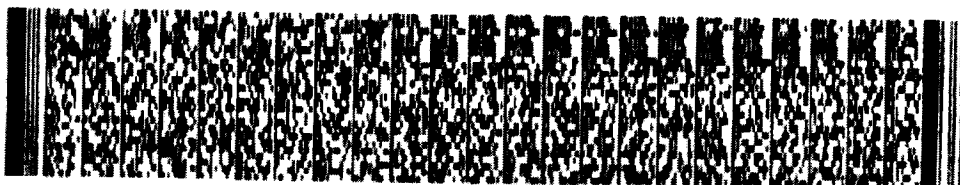
M

SEXO

12-NOV-2008 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00781233-M-1010194203-20160105

0047941525A 1

28708649



Consejo Superior
de la Judicatura



UNIVERSIDAD
MANUELA BELTRAN

CEDULA
1010194203

REPUBLICA DE COLOMBIA RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:
LUIS MIGUEL

APELLIDOS:
VALENZUELA DIAZ

FECHA DE GRADO
11/07/2016

FECHA DE EXPEDICION
25/10/2016

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
Gloria Stella Lopez Jarama

CONSEJO SECCIONAL
BOGOTA

TARJETA N°
277617

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.

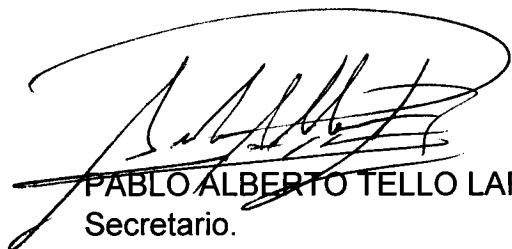
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.

Septiembre 15 de 2021

Proceso: 2019-564

Al despacho de la Juez, con informe de ingreso para resolver lo que en derecho corresponda, con lo siguiente:

1. Con escrito de solicitud de desistimiento de las pretensiones.



PABLO ALBERTO TELLO LARA
Secretario.