

SOLICITUD DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES PERSONA JURÍDICA



NIT. 860.524.654-6

INTERMEDIARIOS PROVEEDORES ACTUALIZACIÓN VINCULACIÓN

LOS CAMPOS CON ASTERISCO (*) SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA										
FECHA DE SOLICITUD () *			DÍA MES AÑO				AGENCIA / ÁREA / DEPENDENCIA DE ASEGURADORA SOLIDARIA () *			CLAVE INTERMEDIARIO () *
DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA										
RAZÓN SOCIAL						NIT		CORREO FACTURA ELECTRONICA		
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
	TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No. _____						LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN		DÍA MES AÑO	
	DIRECCIÓN DOMICILIO			TELÉFONO			CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
TIPO DE EMPRESA PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> SECTOR SOLIDARIO <input type="checkbox"/>				TIPO DE SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> LIMITADA <input type="checkbox"/>		SOCIEDAD COLECTIVA <input type="checkbox"/>		SAS <input type="checkbox"/>		
						SOC. COMANDITA X ACCIONES <input type="checkbox"/>		SOC. COMANDITA SIMPLE <input type="checkbox"/>		
ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> SERV. FINANCIEROS <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/>									CÓDIGO (* CIU)	
DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL			TELÉFONO/CELULAR FACTURA ELECTRONICA			CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		
DIRECCIÓN SUCURSAL			TELÉFONO/FAX		CIUDAD/MUNICIPIO			DEPARTAMENTO		
PERSONA DE CONTACTO				TELÉFONO CELULAR			TELÉFONO FIJO			
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)										
No.	T.DOC	N°.DOC	PRIMER APELLIDO /RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	ES CONSIDERADO PEP		
1.								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2.								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
3.								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
4.								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
5.								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA/ CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN O SUS EQUIVALENTES										
No.	T.Doc	N°. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO/RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	¿ES CONSIDERADO PEP?			
1.							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
2.							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
3.							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
4.							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
5.							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
¿Es considerado PEP? Si _____ No: _____										
Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, 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.										
INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA JURÍDICA										
INGRESO MENSUAL \$			OTROS INGRESOS MENSUALES \$			TOTAL INGRESOS MENSUALES \$		TOTAL EGRESOS MENSUALES \$		
TOTAL ACTIVOS \$					TOTAL PASIVOS \$					
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS										
CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS										
RÉGIMEN COMÚN <input type="checkbox"/> SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/>		GRAN CONTRIBUYENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN No. _____		AUTORETENEDOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN No. _____		RESPONSABLE RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN No. _____ POR QUÉ? _____		ICA COD. ACTIVIDAD TARIFA ICA _____		
								RETEICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CLASE DE CONTRATO, CONVENIO O PRESTACIÓN DE SERVICIO QUE SOLICITA O POSEE ACTUALMENTE CON ASEGURADORA SOLIDARIA (SOLO APLICA PARA PROVEEDORES)										
<input type="checkbox"/> PAPELERÍA.		<input type="checkbox"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS.		<input type="checkbox"/> INSTALACIONES ELÉCTRICAS		COMERCIAL CUÁL? _____				
<input type="checkbox"/> ÚTILES DE OFICINA.		<input type="checkbox"/> INSTALACIONES FÍSICAS.		<input type="checkbox"/> MOBILIARIO		ASESORÍAS CUÁL? _____				
<input type="checkbox"/> ELEMENTOS DE OFICINA.		<input type="checkbox"/> REDES.				OUTSOURCING CUÁL? _____				
<input type="checkbox"/> CAFETERÍA.		<input type="checkbox"/> SOFTWARE.				SALUD CUÁL? _____				
<input type="checkbox"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS Y DE CÓMPUTO.		<input type="checkbox"/> INSTALACIONES FÍSICAS.				OTRO CUÁL? _____				
Declaro que SI _____ NO _____ tengo familiares funcionarios en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA. En caso afirmativo indique el nombre del funcionario _____										
NOTA (SOLO APLICA PARA INTERMEDIARIOS)										
1. Acepto que la transferencia electrónica se realice únicamente previa presentación de las facturas y/o cuentas de cobro en las fechas establecidas por Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa.										
2. Autorizo a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa utilizar la información contenida en este documento para girar a mi favor las comisiones por concepto de Intermediario de seguros de la Compañía. Así mismo me comprometo a comunicar cualquier cambio de información.										
3. Exonero a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa de toda responsabilidad por consignaciones efectuadas o dineros depositados con base en los datos aquí registrados.										
4. Autorizo de forma voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA para que envíe mensajes de texto gratuitos relativos a promociones, eventos, o cualquier otra información relacionada con dicha entidad, a la línea celular registrada en esta solicitud, la cual es de mi uso y/o propiedad.										
5. Declaro que SI _____ NO _____ he laborado en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.										
6. Declaro que SI _____ NO _____ tengo familiares funcionarios en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA. En caso afirmativo indique el nombre del funcionario _____										
7. Declaro que SI _____ NO _____ tengo clave de intermediación con otras Compañías de seguros. En caso afirmativo indique cuáles: _____										
ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES										
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>		EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>		INVERSIONES <input type="checkbox"/>		TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>		PRÉSTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/>		
PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____								
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS					
REFERENCIAS FINANCIERAS										
ENTIDAD		CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/>		DIRECCIÓN SUCURSAL		TELÉFONO(S)				
		CUENTA No: _____								
REFERENCIAS COMERCIALES										
ESTABLECIMIENTO				DIRECCIÓN		TELÉFONO(S)				
REFERENCIAS PERSONALES										
APELLIDOS Y NOMBRES			DIRECCIÓN			TELÉFONO(S)				
APELLIDOS Y NOMBRES			DIRECCIÓN			TELÉFONO(S)				
DATOS CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA ACH										
ENTIDAD BANCARIA				SUCURSAL			CIUDAD			
TIPO DE CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/>		CUENTA No: _____		TITULAR DE LA CUENTA			CORREO ELECTRÓNICO			
Con el fin de mantener las mejores relaciones comerciales con nuestros Proveedores e Intermediarios y mejorar nuestros servicios en el momento de realizar el pago de sus facturas y/o comisiones, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ha suscrito convenios con las Entidades Bancarias, el cual tiene como finalidad abonar a la cuenta que el Proveedor / Intermediario nos indique, el valor facturado utilizando para ello el sistema ACH. Para acceder a este servicio, se deben diligenciar los siguientes datos:										

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - SOLICITUD VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES FM-GCL-19 V.5

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). La presente solicitud no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar lo relacionado en la misma. Esta solicitud se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio de ingreso como Proveedor o Intermediario, su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de contratación de proveedores e intermediarios.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- 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.
- La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.

4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de ingresos: de mi Actividad económica Otros: ¿Cuáles? _____

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

Consideraciones:

- Que los datos personales solicitados en la presente solicitud 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 requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
- Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
- Que los datos personales adicionales para el estudio de vinculación 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 Autorización.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) 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, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

- El trámite de mi solicitud de vinculación como proveedor, intermediario.
- El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la fase precontractual.
- La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
- El control y la prevención del fraude.
- Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
- La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora.
- 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.
- Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA.
- Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia.
- La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.
- Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios. 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. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) 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.

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros: a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: 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, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 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: directoperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles, y autorizo de ser necesario la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado de los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034106 opción 4 de información general.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales Garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el Intermediario y/o Proveedor cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el Intermediario o Proveedor, cumplirá las siguientes obligaciones:

- Garantizar al titular, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
- Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el titular;
- Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
- Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
- Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
- Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
- Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del titular.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

- Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Intermediario o Proveedor de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
- La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Intermediario o Proveedor y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora.
- La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato.
- Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los titulares.

ACTA DE COMPROMISO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE EL SARLAFT, PROGRAMA ANTIFRAUDE Y PROGRAMA INTEGRAL DE DATOS PERSONALES (SOLO APLICA PARA INTERMEDIARIOS)

Me comprometo a cumplir con el Código de Ética y Conducta, los Manuales, Procedimientos de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y las normas establecidas por la Superintendencia Financiera de Colombia en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control. Me obligo a informar cualquier evento que represente un riesgo para la Aseguradora, entendiéndose como operaciones inusuales o sospechosas, eventos de fraude, incidentes de seguridad asociados a datos personales o aquellas otras acciones que generen afectación a la Aseguradora.

CLÁUSULA SG-SST (Aplica sólo para contratistas que ejecutan labores en sitio)

Certifico que recibí y entendí el Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas de Aseguradora Solidaria de Colombia y me comprometo a cumplir y asegurar su cumplimiento por parte de todos los colaboradores de mi empresa y subcontratistas, que prestan servicios para la Compañía.

FIRMA Y HUELLO

NOTA: Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado para la vinculación como Proveedor o Intermediario es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

HUELLO INDICE DERECHO

NOMBRE SOLICITANTE
(Escriba el nombre del representante legal)

FIRMA
Tipo y N° Documento:

OBSERVACIÓN HUELLO

INFORMACIÓN ENTREVISTA *) (Solo aplica para solicitud de clave como intermediario o vinculación inicial como proveedor)

LUGAR DE ENTREVISTA (*) _____ NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA *) _____

RESULTADO DE LA ENTREVISTA *) _____

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA (*) _____

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). La presente solicitud no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar lo relacionada en la misma. Esta solicitud se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio de ingreso como Proveedor o Intermediario, su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de contratación de proveedores e intermediarios.