

SOLICITUD DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES PERSONA JURÍDICA

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 ACCIONE <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: _____											
<p>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.</p>											
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"/> ÚTILES DE OFICINA. <input type="checkbox"/> ELEMENTOS DE OFICINA. <input type="checkbox"/> CAFETERÍA. <input type="checkbox"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS Y DE CÓMPUTO.	<input type="checkbox"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS. <input type="checkbox"/> INSTALACIONES FÍSICAS. <input type="checkbox"/> REDES. <input type="checkbox"/> SOFTWARE. <input type="checkbox"/> INSTALACIONES FÍSICAS.	<input type="checkbox"/> INSTALACIONES ELÉCTRICAS <input type="checkbox"/> MOBILIARIO	COMERCIAL CUÁL? _____ ASESORÍAS CUÁL? _____ OUTSOURCING CUÁL? _____ SALUD CUÁL? _____ 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"/>					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"/>			¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <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

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 requerirá 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 HUELLA

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 _____.

HUELLA INDICE DERECHO

NOMBRE SOLICITANTE
(Escriba el nombre del representante legal)

FIRMA
Tipo y N° Documento:

OBSERVACIÓN HUELLA

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.