

	<b>PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Código: IN-GCLI-5
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 3
	<b>INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA NATURAL</b>	Página 1 de 10

## 1 OBJETIVO

Brindar la información para el correcto diligenciamiento del Formato de Solicitud de Vinculación de Intermediarios y Proveedores - Persona Natural, para la vinculación de un asegurado, tomador o beneficiario con la Compañía.

## 2 ALCANCE

El Presente documento aplica para todos los procesos de vinculación de proveedores o intermediarios con la compañía, y es gestionado a través de la Gerencia Oficial de Cumplimiento.

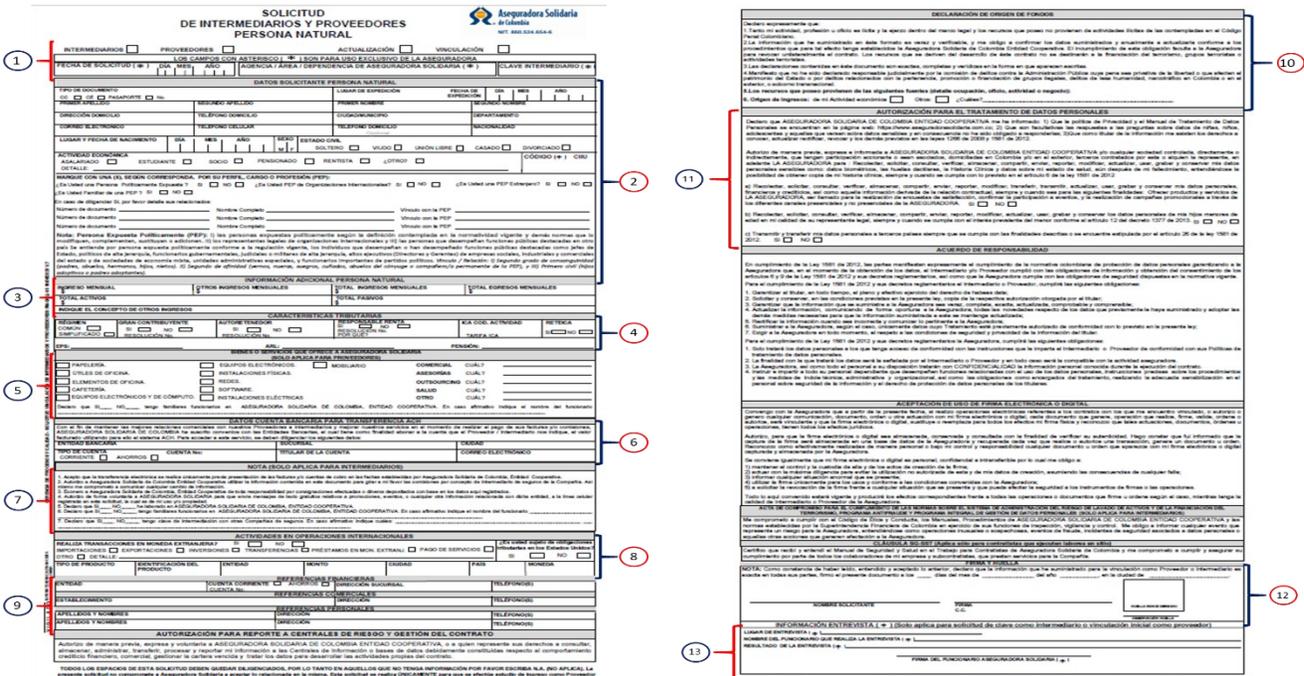
## 3 DEFINICIONES

- **Código CIIU:** Es una clasificación uniforme de las actividades económicas por procesos productivos. Su objetivo principal es proporcionar un conjunto de categorías de actividades que se puedan utilizar al elaborar estadísticas sobre ellas.  
Tiene por objeto satisfacer las necesidades de los que buscan datos clasificados referentes a categorías comparables internacionalmente de tipos específicos de actividades económicas.
- **Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS):** es un registro que proporciona a los consumidores financieros información actualizada y relevante sobre las personas naturales vinculadas (PNV) que ejercen labores de colocación de seguros, bien sea porque están directamente vinculados a las entidades aseguradoras, porque ejercen la intermediación de seguros o porque se encuentran vinculados a un intermediario de seguros.
- **Otros ingresos mensuales:** Son los ingresos adicionales por vinculación laboral, mesadas pensionales independiente por cuenta propia u otros contratos.
- **Pensionado:** Es la persona que ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para pensión.

	<b>PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Código: IN-GCLI-5
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 3
	<b>INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA NATURAL</b>	Página 2 de 10

## 4 CONTENIDO - IMAGEN DEL FORMATO

Para la lectura del instructivo tenga en cuenta la descripción de las partes así:



### 4.1 LOS CAMPOS CON ASTERISCO (\*) SON DE USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

Seleccione el campo según corresponda (vinculación de Intermediarios o Proveedores) y si corresponde a una actualización o vinculación. La información de la Fecha de solicitud, Agencia / Área / Dependencia, y Clave del Intermediario son de uso exclusivo de la Aseguradora.



**SOLICITUD DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES PERSONA NATURAL**

INTERMEDIARIOS     PROVEEDORES     ACTUALIZACIÓN     VINCULACIÓN

**LOS CAMPOS CON ASTERISCO ( \* ) SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA**

FECHA DE SOLICITUD ( * ) a	AGENCIA / ÁREA / DEPENDENCIA DE ASEGURADORA SOLIDARIA ( * ) b	CLAVE INTERMEDIARIO ( * ) c
-------------------------------	--	--------------------------------

- a. **Fecha de solicitud:** Registre día, mes y año, en el que realiza la captura de la información en el sistema.
- b. **Agencia/Área/Dependencia de Aseguradora Solidaria:** Escriba la Agencia, Área y/o Dependencia donde se inscribe el Intermediario y/o proveedor.
- c. **Clave:** Escriba el código asignado por la Compañía al intermediario.

	<b>PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Código: IN-GCLI-5
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 3
	<b>INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA NATURAL</b>	Página 3 de 10

## 4.2 DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL											
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No. <b>a</b>		LUGAR DE EXPEDICIÓN <b>b</b>		FECHA DE EXPEDICIÓN		DÍA		MES		AÑO	
PRIMER APELLIDO <b>c</b>		SEGUNDO APELLIDO <b>e</b>		PRIMER NOMBRE <b>d</b>		SEGUNDO NOMBRE					
DIRECCIÓN DOMICILIO <b>c</b>		TELÉFONO DOMICILIO <b>f</b>		CIUDAD/MUNICIPIO <b>d</b>		DEPARTAMENTO <b>h</b>					
CORREO ELECTRÓNICO <b>i</b>		TELÉFONO CELULAR <b>j</b>		TELÉFONO DOMICILIO <b>g</b>		NACIONALIDAD <b>k</b>					
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO <b>l</b>		MES		AÑO		SEXO <b>m</b>		ESTADO CIVIL			
ACTIVIDAD ECONÓMICA <b>o</b>		ASALARIADO <input type="checkbox"/>		EMPRESARIO <input type="checkbox"/>		SOCIO <input type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/>		RENTISTA <input type="checkbox"/>	
DETALLE:										CÓDIGO (*) <b>p</b>	
<b>MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):</b> ¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Es Usted una PEP Extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Es Usted Familiar de una PEP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>q</b>											
En caso de diligenciar Si, por favor detalle sus relacionados: Número de documento _____ Nombre Completo _____ Vínculo con la PEP _____ Número de documento _____ Nombre Completo _____ Vínculo con la PEP _____ Número de documento _____ Nombre Completo _____ Vínculo con la PEP _____											
<b>Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP):</b> 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. <i>Vínculo / Relación:</i> I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).											

- a. **Tipo de documento:** Marque con **X** el tipo de documento de identidad y escriba el número correspondiente.
- b. **Lugar de expedición – Fecha de expedición:** Escriba el lugar de expedición del documento de identidad e indique día, mes y año.
- c. **Primer Apellido - Segundo Apellido:** Escriba el primer y segundo apellido del intermediario y/o proveedor.
- d. **Primer Nombre - Segundo Nombre:** Escriba el primer y segundo nombre del intermediario y/o proveedor.
- e. **Dirección domicilio:** Escriba la dirección del domicilio del Intermediario y/o Proveedor.
- f. **Teléfono domicilio:** Escriba el teléfono del domicilio del Intermediario y/o Proveedor.
- g. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la Ciudad/Municipio en donde se ubica el domicilio del Intermediario y/o Proveedor.
- h. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la ciudad.
- i. **Correo Electrónico:** Escriba el correo electrónico del Intermediario y/o Proveedor.
- j. **Teléfono Celular:** Escriba el número de celular del Intermediario y/o Proveedor.
- k. **Nacionalidad:** Escriba el país de origen del Intermediario y/o Proveedor.
- l. **Lugar y fecha de nacimiento:** Registre en el formato el lugar de nacimiento del Intermediario y/o Proveedor e indique día, mes y año.
- m. **Sexo:** Seleccione el género del Intermediario y/o Proveedor según sea el caso, masculino (M) o femenino (F).

	<b>PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Código: IN-GCLI-5
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 3
	<b>INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA NATURAL</b>	Página 4 de 10

- n. **Estado civil:** Seleccione el estado civil del Intermediario y/o Proveedor según sea el caso.
- o. **Actividad Económica:** Seleccione la actividad económica del Intermediario y/o Proveedor según sea el caso, en caso de seleccionar “otro” por favor escriba el detalle.
- p. **Código CIU:** Este espacio es de uso exclusivo de Aseguradora Solidaria de Colombia.
- q. **Marque con x según corresponda por su perfil, cargo o profesión:** Seleccione la opción según corresponda; en caso de seleccionar “SI” en alguna de las preguntas, por favor escriba el nombre, documento y vínculo con la Persona Expuesta Políticamente (PEP).

### 4.3 INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL			
INGRESO MENSUAL \$ <b>a</b>	OTROS INGRESOS MENSUALES \$ <b>b</b>	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ <b>c</b>	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ <b>d</b>
TOTAL ACTIVOS \$ <b>e</b>	TOTAL PASIVOS \$		
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS <b>f</b>			

- a. **Ingreso mensual:** Escriba el valor de los ingresos mensuales del Intermediario y/o Proveedor.
- b. **Otros ingresos mensuales:** Escriba el valor de los ingresos adicionales del Intermediario y/o Proveedor.
- c. **Total ingresos mensuales:** Escriba el valor total de los ingresos (Ingreso mensual + Otros ingresos mensuales).
- d. **Total egresos mensuales:** Escriba el total de los gastos mensuales del Intermediario y/o Proveedor.
- e. **Total activos - Total pasivos:** Escriba el valor total de los bienes y el total de las deudas que posee el Intermediario y/o Proveedor.
- f. **Indique el concepto de otros ingresos:** Describa los otros ingresos de acuerdo con lo diligenciado en la casilla “otros ingresos mensuales”.

### 4.4 CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS					
RÉGIMEN COMÚN <input type="checkbox"/> <b>a</b> SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>b</b> RESOLUCIÓN No.	AUTORETENEDOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>c</b> RESOLUCIÓN No.	RESPONSABLE RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>d</b> RESOLUCIÓN No. POR QUÉ?	ICA COD. ACTIVIDAD <b>e</b> TARIFARIA	RETEICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>f</b>
EPS: _____		ARL: <b>g</b> _____		PENSIÓN: _____	

- a. **Régimen:** Seleccione el tipo de régimen al que pertenece (común- simplificado).

	<b>PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Código: IN-GCLI-5
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 3
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA NATURAL	Página 5 de 10

- b. Gran contribuyente:** Seleccione si es gran contribuyente y escriba el número de la resolución.
- c. Auto Retenedor:** Seleccione SI - NO y escriba el número de la resolución.
- d. Responsable Renta:** Si es responsable, escriba el número de la resolución y defina por qué.
- e. ICA. cod. Actividad:** Escriba el código y la tarifa del Ica (Impuesto de Industria, Comercio y Avisos).
- f. Reteica:** Indique si es retenedor del ICA (Impuesto de Industria, Comercio y Avisos).
- g. EPS / ARL / Pensión:** Escriba el nombre de la EPS, ARL y Fondo de Pensión a la que está afiliado el Intermediario y/o Proveedor.

**4.5 CLASE DE CONTRATO, CONVENIO O PRESTACIÓN DE SERVICIO QUE SOLICITA O POSEE ACTUALMENTE CON ASEGURADORA SOLIDARIA (SÓLO APLICA PARA PROVEEDORES)**

Sólo en caso de ser Proveedor, diligencie la siguiente información.

BIENES O SERVICIOS QUE OFRECE A ASEGURADORA SOLIDARIA (SOLO APLICA PARA PROVEEDORES)					
<input type="checkbox"/> PAPELERÍA.	<input type="checkbox"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS.	<input type="checkbox"/> MOBILIARIO	COMERCIAL	CUÁL?	_____
<input type="checkbox"/> ÚTILES DE OFICINA.	<input type="checkbox"/> INSTALACIONES FÍSICAS.		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 ELÉCTRICAS		OTRO	CUÁL?	_____
Declaro que SI ___ NO ___ tengo familiares funcionarios en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA. En caso afirmativo indique el nombre del funcionario _____					

- a. Bienes y/o servicios:** Si aplica, seleccione la/s categoría/s de suministro/s y/o servicio/s según el tipo de contrato, convenio o prestación de servicios del Proveedor con Aseguradora Solidaria de Colombia, de lo contrario no seleccione ninguna de las opciones.
- b. Comercial – Asesoría – Outsourcing – Salud – Otros:** Si aplica, describa el contrato, convenio o prestación de servicio Comercial, Asesoría, Outsourcing, de Salud u “otro” del Proveedor con Aseguradora Solidaria de Colombia, de lo contrario no escriba ningún tipo de información.
- c. Marque con una (X) para declarar SI ó NO** tiene familiares que laboran en Aseguradora Solidaria de Colombia; en caso de marcar “SI”, por favor escriba el nombre del funcionario.

**Nota:** Lo descrito anteriormente sirve para identificar si puede existir algún tipo de conflicto de intereses entre diferentes partes.



	<b>PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Código: IN-GCLI-5
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 3
	<b>INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA NATURAL</b>	Página 7 de 10

Nota: Lo descrito anteriormente sirve para identificar si puede existir algún tipo de conflicto de intereses entre diferentes partes.

#### 4.8 ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

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?	
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/> MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____							
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA	

- a. **Transacciones en moneda extranjera:** Marque con una (X) para declarar SI ó NO realiza transacciones en moneda extranjera; en caso de marcar “SI” continúe señalando el tipo de transacción. Si el tipo de transacción marcado es “otro”, por favor describa el detalle de la operación.
- b. **Marque con una (X) para declarar** si está sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos.
- c. **Tipo de producto:** En caso de realizar transacciones en moneda extranjera, escriba el tipo de producto, identificación del producto, nombre de entidad con quien se realiza la transacción, valor de la transacción, ciudad donde se realiza la transacción, país con quien realiza la transacción, moneda en que se realiza la transacción.

#### 4.9 REFERENCIAS FINANCIERAS – COMERCIALES Y PERSONALES

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

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)

Para las referencias Financieras:

- a. **Entidad:** Escriba el nombre de la entidad financiera en la que se encuentra como beneficiario de una cuenta (corriente y/o ahorros).
- b. **Seleccione** el tipo de cuenta bancaria (corriente o ahorros) y escriba el número de cuenta correspondiente.

	<b>PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Código: IN-GCLI-5
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 3
	<b>INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA NATURAL</b>	Página 8 de 10

- c. **Dirección sucursal:** Escriba la dirección de la entidad bancaria en la que se encuentra como beneficiario.
- d. **Teléfono(s):** Escriba los teléfonos de la entidad bancaria en la que se encuentra como beneficiario.

Para las referencias comerciales:

- a. **Establecimiento:** Escriba el nombre del establecimiento donde se gestiona la labor comercial de productos y/o servicios.
- b. **Dirección:** Escriba la dirección del establecimiento comercial.
- c. **Teléfono(s):** Escriba los teléfonos del establecimiento comercial.

Para las referencias personales:

- a. **Apellidos y nombres:** Escriba los Apellidos y Nombres de las personas (familiares, amigos, compañeros, etc.) que sirvan como referencia personal.
- b. **Dirección:** Escriba la/s dirección/es de contacto de las personas descritas anteriormente.
- c. **Teléfono(s):** Escriba los teléfonos de contacto de las personas descritas anteriormente.

#### 4.10 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

La siguiente información debe ser diligenciada por el Intermediario y/o Proveedor.

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 éste 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 éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 3. Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas. 4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional. 5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): 6. <b>Origen de ingresos:</b> de mi Actividad económica <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? <u>          a          </u>

Lea detenidamente la declaración de origen de fondos y escriba en la parte inferior del cuadro el detalle de la ocupación, oficio y negocio de la actividad económica principal que le genera recursos.

- a. **Origen de Ingresos:** Marque con una (X) de donde proviene sus ingresos **Actividad Económica** u **Otros**; en caso de marcar “**Otros**” continúe diligenciando de donde procede sus ingresos

	<b>PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Código: IN-GCLI-5
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 3
	<b>INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA NATURAL</b>	Página 9 de 10

#### 4.11 AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La siguiente información debe ser diligenciada por el Intermediario y/o Proveedor.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
<p>Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <a href="https://www.aseguradorasolidaria.com.co">https://www.aseguradorasolidaria.com.co</a>; 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 a conocer, actualizar, rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.</p> <p>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 alguien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para : Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012</p> <p>a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se cumpla con las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

Lea detenidamente la cláusula de autorización para el tratamiento de datos personales, y responda SI ó NO a cada una de las cuatro autorizaciones.

#### 4.12 FIRMA Y HUELLA

FIRMA Y HUELLA			
<p><b>NOTA:</b> 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 <b>a</b> del año _____, en la ciudad de _____.</p>			
_____	FIRMA C.C.	<b>b</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">HUELLA INDICE DERECHO</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">OBSERVACION HUELLA</p>
NOMBRE SOLICITANTE			

- a. Día – Mes – Año – Ciudad, en que se diligencia el documento.
  - b. Nombre – Firma – Cédula de Ciudadanía – Huella del índice derecho, del solicitante.
- Nota: En el caso que la huella dactilar marcada sea diferente al índice derecho, escriba el detalle del dedo y la mano usada para esta marcación en “observación huella”.

