

# 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 ELECTRÓNICO	
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
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"/> SOC. COMANDITA X <input type="checkbox"/> ACCIONES <input type="checkbox"/>	SAS <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/FAX	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 adicione 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

REGÍMEN 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)

- 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.
- 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.
- Exonero a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa de toda responsabilidad por consignaciones efectuadas o dineros depositados con base en los datos aquí registrados.
- 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.
- Declaro que SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ he laborado en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.
- Declaro que SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ tengo familiares funcionarios en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA. En caso afirmativo indique el nombre del funcionario \_\_\_\_\_
- 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	PAÍS	MONEDA
------------------	-----------------------------	---------	-------	--------	------	--------

### 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**

<b>ENTIDAD BANCARIA</b>		<b>SUCURSAL</b>	<b>CIUDAD</b>
<b>TIPO DE CUENTA</b> CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/>	<b>CUENTA No:</b>	<b>TITULAR DE LA CUENTA</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>

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:

**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.
- 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.
- 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 Y GESTIÓN DEL CONTRATO**

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, comercial, gestionar la cartera vencida y tratar los datos para desarrollar las actividades propias del contrato.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

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: <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 a conocer, actualizar, rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

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 alquien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:

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  NO

b) 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  NO

**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.

**ACEPTACIÓN DE USO DE FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL**

Convengo con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, si realizo operaciones electrónicas referentes a los contratos con los que me encuentro vinculado, o autorizo o genero cualquier comunicación, documento, orden u otra actuación con mi firma electrónica o digital, cada documento que genere, operación que realice, firme, valide, ordene o autorice, será vinculante y que la firma electrónica o digital, sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma física y reconozco que tales actuaciones, documentos, órdenes u operaciones, tienen todos los efectos jurídicos.

Autorizo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad. Hago constar que fui informado que la captura de la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y recuperada cada vez que realice o autorice una transacción, genere un documento u orden. Reconozco como efectivamente realizadas de manera personal o bajo mi control y responsabilidad cualquier documento u orden que aparezca con mi firma electrónica o digital capturada y almacenada por la Aseguradora.

Se conviene igualmente que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e intransferible por lo cual me obligo a:

- mantener el control y la custodia de ella y de los actos de creación de la firma;
- actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de esta y de mis datos de creación, asumiendo las consecuencias de cualquier falla;
- informar cualquier situación anormal que se presente;
- utilizar la firma únicamente para los usos y conforme a las condiciones convenidas con la Aseguradora;
- a solicitar la revocación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firmas o las operaciones.

Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme u ordene según el caso, mientras tenga la calidad de Intermediario o Proveedor de la Aseguradora.

**ACTA DE COMPROMISO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, PROGRAMA ANTIFRAUDE Y PROGRAMA INTEGRAL DE GESTIÓN 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.

**CLAUSULA 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 \_\_\_\_\_.



**NOMBRE SOLICITANTE**  
(Escriba el nombre del representante legal)

**FIRMA**  
C.C.

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 ( \* )**