

Doctor
JUEZ PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES.
Manizales

Asunto : **PODER ESPECIAL**
Referencia : Desistimiento de Acción de Reparación Directa por Conciliación Extrajudicial y/o Transacción
Radicado : Proceso No. **17-001-33-33-001-2017-00053-00.**

LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO, mayor de edad, residente en municipio de la Dorada-Caldas, identificado con la CC Nro. 1.033.760.412 de Bogotá D.C., obrando en mi propio nombre; **RAQUEL SOFIA GALINDO BOLIVAR**, mayor de edad, residente en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con la CC Nro. 52.316.598 de Bogotá D.C. en nombre propio y en representación del menor de edad **BRAYAN ALEJANDRO SALAZAR GALINDO**, identificado con el registro civil No. 1.028.789.239 de Bogotá D.C.; **JENNY SOFIA SALAZAR GALINDO**, identificada con la Cedula de ciudadanía Nro. 1.000.062.273 de Bogotá D.C., **ANGIE JASBLEIDY SALAZAR GALINDO**, identificada con la Cedula de ciudadanía Nro. 1.000.062.272 de Bogotá D.C., **LUIS ALEJANDRO SALAZAR MALDONADO**, identificado con la CC Nro. 79.829.483 de Bogotá D.C., **SAMUEL ESTEBAN SALAZAR FUERTE**, identificado con la CC Nro. 1.022.382.247 de Bogotá D.C.; de la manera más atenta, manifestamos que conferimos poder especial amplio y suficiente al Doctor **CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA**, mayor de edad y vecino de Manizales, abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.117.198 de Pereira/Risaralda, con Tarjeta Profesional de Abogado No. 114.652 del C.S de la J, para que en nuestros nombres y representación presente memorial de desistimiento de la acción de reparación directa que se adelanta en el despacho, en contra de la Agencia Nacional de Infraestructura y Otros; en atención a oferta de transacción presentada por la aseguradora QBE hoy **ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA**, en calidad de llamada en garantía, **por un valor de sesenta millones de pesos (\$60.000.000).**

Nuestro apoderado queda revestido de las facultas establecidas en el artículo 77 del Código General del Proceso; así mismo, queda expresamente facultado para recibir los dineros producto del acuerdo conciliatorio, transigir, desistir y disponer. Lo anterior de conformidad con las facultades otorgadas en el poder inicialmente conferido y presentado ante el Juez Contencioso Administrativo.

Luis Salazar

LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO
CC Nro. 1.033.760.412 de Bogotá D.C.

Raquel Sofia Galindo

RAQUEL SOFIA GALINDO BOLIVAR
CC Nro. 52.316.598 de Bogotá D.C.

Luis Salazar

LUIS ALEJANDRO SALAZAR MALDONADO
CC Nro. 79.829.483 de Bogotá D.C.,

Samuel Salazar

SAMUEL ESTEBAN SALAZAR FUERTE,
CC Nro. 1.022.382.247 de Bogotá D.C.

Sofia Salazar

JENNY SOFIA SALAZAR GALINDO
C.C. Nro. 1.000.062.273 de Bogotá D.C.

Angie Salazar

ANGIE JASBLEIDY SALAZAR GALINDO
C.C. Nro. 1.000.062.272 de Bogotá D.C.

ACEPTO.



CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA
C.C. No. 10.117.198 de Pereira.
T.P. No. 114.652 del C.S. de la J.

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Luis Andres Salazar Galindo
quien exhibió la C.C. 7033760412
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Luis Salazar
FIRMA

Fecha: 27 AGO 2020
EL NOTARIO



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Rogel SOMA Galindo
quien exhibió la C.C. 52 316 598'
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Rogel SOMA Galindo
FIRMA

Fecha: 27 AGO 2020
EL NOTARIO




DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Angie Jasberdy Salazar Galindo
quien exhibió la C.C. 1000062272
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Angie Salazar
FIRMA

Fecha: 27 AGO 2020
EL NOTARIO



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Luis Alejandro Salazar Haldonado
quien exhibió la C.C. 99.829-483
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Luis Salazar
FIRMA

Fecha: 03 SEP 2020
EL NOTARIO




DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Samuel Esteban Salazar Fuente
quien exhibió la C.C. 7022382247
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Samuel Salazar
FIRMA

Fecha: 03 SEP 2020
EL NOTARIO



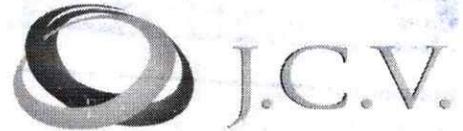
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Jenny Sofía Salazar Galindo
quien exhibió la C.C. 1000062273
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Sofía Salazar
FIRMA

Fecha: 03 SEP 2020
EL NOTARIO



ABOGADOS ESPECIALISTAS

Señores
ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA.
Bogotá D.C

Asunto : **PODER ESPECIAL**

Referencia : Proceso de conciliación y/o transacción, demanda de Acción de Reparación Directa, Juzgado de conocimiento: Juez Primero Administrativo Oral de Manizales, Proceso No. **17-001-33-33-001-2017-00053-00.**

LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO, mayor de edad, residente en municipio de la Dorada-Caldas, identificado con la CC Nro. 1.033.760.412 de Bogotá D.C., obrando en mi propio nombre; **RAQUEL SOFIA GALINDO BOLIVAR**, mayor de edad, residente en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con la CC Nro. 52.316.598 de Bogotá D.C, en nombre propio y en representación del menor de edad **BRAYAN ALEJANDRO SALAZAR GALINDO**, identificado con el registro civil No. 1.028.789.239 de Bogotá D.C.; **JENNY SOFIA SALAZAR GALINDO**, identificada con la Cedula de ciudadanía Nro. 1.000.062.273 de Bogotá D.C., **ANGIE JASBLEIDY SALAZAR GALINDO**, identificada con la Cedula de ciudadanía Nro. 1.000.062.272 de Bogotá D.C., **LUIS ALEJANDRO SALAZAR MALDONADO**, identificado con la CC Nro. 79.829.483 de Bogotá D.C., **SAMUEL ESTEBAN SALAZAR FUERTE**, identificado con la CC Nro. 1.022.382.247 de Bogotá D.C.; de la manera más atenta, manifestamos que conferimos poder especial amplio y suficiente al Doctor **CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA**, mayor de edad y vecino de Manizales, abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.117.198 de Pereira/Risaralda, con Tarjeta Profesional de Abogado No. 114.652 del C.S de la J, para que en nuestros nombres y representación actúe en proceso de conciliación extrajudicial y/o transacción propuesta por la aseguradora **ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA**, en calidad de llamada en garantía dentro del proceso de Acción de Reparación Directa, que se adelanta en el Juzgado de conocimiento: Juez Primero Administrativo Oral de Manizales, Proceso No. 17-001-33-33-001-2017-00053-00.

Nuestro apoderado queda revestido de las facultades establecidas en el artículo 77 del Código General del Proceso; así mismo, queda expresamente **FACULTADO PARA RECIBIR LOS DINEROS PRODUCTO DEL ACUERDO CONCILIATORIO, TRANSIGIR, DESISTIR Y DISPONER.** Lo anterior de conformidad con las facultades otorgadas en el poder inicialmente conferido y presentado ante el Juez Contencioso Administrativo.

Luis Salazar

LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO
CC Nro. 1.033.760.412 de Bogotá D.C.

Raquel Sofia Galindo.

RAQUEL SOFIA GALINDO BOLIVAR
CC Nro. 52.316.598 de Bogotá D.C.

Luis Salazar

LUIS ALEJANDRO SALAZAR MALDONADO
CC Nro. 79.829.483 de Bogotá D.C.,

Samuel Salazar

SAMUEL ESTEBAN SALAZAR FUERTE,
CC Nro. 1.022.382.247 de Bogotá D.C.

Jenny Salazar

JENNY SOFIA SALAZAR GALINDO
C.C. Nro. 1.000.062.273 de Bogotá D.C

Angie Salazar

ANGIE JASBLEIDY SALAZAR GALINDO
C.C. Nro. 1.000.062.272 de Bogotá D.C

ACEPTO.

CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA
C.C. No. 10.117.198 de Pereira.
T.P. No. 114.652 del C.S. de la J.

Calle 22 N° 23-33 Oficina 303 Edificio Guacaica.
Teléfono: 8838104, celular 3137917902 Manizales, Caldas- Colombia
E-mail: abogados.jcv@gmail.com

NOTARIO 56 R1 NOTARIO 56

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Luis Andres Salazar Galindo
quien exhibió la C.C. 7033760412
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Luis Salazar
FIRMA

Fecha: 27 AGO 2020

 EL NOTARIO

NOTARIO 56 R1 NOTARIO 56

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Mayel Sofia Galindo
quien exhibió la C.C. 52316598
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Mayel Sofia
FIRMA

Fecha: 27 AGO 2020

 EL NOTARIO

NOTARIO 56 R1 NOTARIO 56

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Angie Jasbely Salazar Galindo
quien exhibió la C.C. 1000062272
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Angie Salazar
FIRMA

Fecha: 27 AGO 2020

 EL NOTARIO

NOTARIO 56 R1 NOTARIO 56

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Luis Alejandro Salazar Otáñez
quien exhibió la C.C. 79.829.483
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Luis Salazar
FIRMA

Fecha: 03 SEP 2020

 EL NOTARIO

NOTARIO 56 R1 NOTARIO 56

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Samuel Esteban Salazar Fuentes
quien exhibió la C.C. 1022382247
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Samuel Salazar
FIRMA

Fecha: 03 SEP 2020

 EL NOTARIO

NOTARIO 56 R1 NOTARIO 56

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO 1
Ante el NOTARIO 56 DE BOGOTÁ, D.C.

Compareció: Jenny Sofia Salazar Galindo
quien exhibió la C.C. 7.600062293
de Bogotá
y declaró que la firma y huella que aparecen
en el presente documento son suyas y que el
contenido del mismo es cierto.

El declarante: Sofia Salazar
FIRMA

Fecha: 03 SEP 2020

 EL NOTARIO



CONTRATO DE TRANSACCIÓN TOTAL

Señores

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALEZ

E. S. D.

Referencia: Proceso de Reparación Directa. Radicado No. **17-001-33-33-001-2017-00053-00**. **LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO** y OTROS, en contra **QBE AHORA ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA**. (en calidad de asegurador de la **AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA ANI**) y OTROS

ASUNTO: MEMORIAL DE DESISTIMIENTO.

CESAR AUGUSTO GARCÍA VALENCIA,, identificado con la cédula de ciudadanía N° 10.117.198 de Manizales, portador de la Tarjeta Profesional No. 114.652 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de **LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO**, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.033.760.412 de Bogotá, **LUIS ALEJANDRO SALAZAR MALDONADO**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.829.483, **SAMUEL ESTEBAN SALAZAR FUERTE**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.022.382.247, **RAQUEL SOFIA GALINDO BOLIVAR**, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con Cédula de ciudadanía No 52.316.598 de Bogotá, actuando en nombre propio y en representación de los menores **JENNY SOFIA SALAZAR GALINDO**, identificada con cedula de ciudadanía Nro. 1.000.062.273, **ANGIE JASBLEIDY SALAZAR GALINDO**, identificada con cedula de ciudadanía Nro. 1.000.062.272, **BRAYAN ALEJANDRO SALAZAR GALINDO**, menor de edad, identificado con Registro Civil de Nacimiento NUIP 1.028.780.239, con fundamento en lo preceptuado por los artículos 314 y 315 del Código General del Proceso, me dirijo al Despacho, como quiera que no se ha pronunciado sentencia que ponga fin al proceso, y obrando dentro de mis facultades otorgadas en el poder inicial para **TRANSIGUIR, DESISTIR, CONCILIAR JUDICIAL Y EXTRAJUDICIALMENTE**, y de acuerdo a la actualización de poder que anexo, me permito manifestarle que **DESISTO** en su totalidad de las pretensiones de la demanda en contra de todos y cada uno de los demandados, teniendo en cuenta que el suscrito apoderado celebró con **ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.** (antes **QBE SEGUROS S.A.** y **ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.**) un acuerdo transaccional que dirime en su totalidad la presente controversia. Valga aclarar que, por virtud del referido acuerdo, las entidades públicas demandadas no han tenido y no tendrán que asumir ninguna obligación con cargo a recursos públicos, así como, en todo caso, la **AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA** ha quedado indemne frente a las pretensiones que fueron objeto de desistimiento.

Por lo expuesto, solicito comedidamente al señor Juez, dar por terminado el presente proceso sin imponer condena en costas alguna en contra del extremo que represento ni de ningún otro demandado.

Con toda atención,



CESAR AUGUSTO GARCÍA VALENCIA

C.C N° 10.117.198 de Manizales

Tarjeta Profesional No. 114.652 del CSJ

Apoderado Judicial de "LOS RECLAMANTES"

Señores

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALEZ
E. S. D.

Referencia: Proceso de Reparación Directa. Radicado No. **17-001-33-33-001-2017-00053-00**. **LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO** y **OTROS**, en contra **QBE AHORA ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA**. (en calidad de asegurador de la **AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA ANI**) y **OTROS**

CAROLINA GOMEZ GONZALEZ mayor de edad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.086.243.926 abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de **QBE SEGUROS S.A. -hoy ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.-** (en calidad de aseguradora de la **AGENCIA NACIONAL DE INFRESTRUCTURA ANI**), nos permitimos coadyuvar el memorial de desistimiento presentado por la parte demandante.

Lo anterior, toda vez que entre en entre los demandantes y la aseguradora **QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A)**, se ha celebrado contrato de transacción que finiquita toda controversia asociada al presente litigio y por virtud del mismo se resarcirán en su totalidad los perjuicios cuya indemnización reclama la parte actora.

Así las cosas, por virtud de lo preceptuado en los artículos 312, 313 y 314 del Código General del Proceso, solicito comedidamente al Despacho dar por terminado el presente proceso, sin imponer condena en costas alguna a cargo de mi representada ni de los demás demandados, ni demandante.

Con toda atención,

CAROLINA GOMEZ GONZALEZ

C.C. No. 1.086.243.926

T.P. No. 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura.

Apoderado judicial de QBE SEGUROS S.A. -hoy ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.-

CONTRATO DE TRANSACCIÓN TOTAL

Entre **CESAR AUGUSTO GARCÍA VALENCIA**, mayor y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 10.117.198 de Manizales, abogado en ejercicio, y portador de la Tarjeta Profesional No. 114.652 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de **LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO**, mayor de edad, domiciliado en el Municipio de Pensilvania - Caldas, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.033.760.412 de Bogotá, **LUIS ALEJANDRO SALAZAR MALDONADO**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.829.483, **SAMUEL ESTEBAN SALAZAR FUERTE**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.022.382.247, **RAQUEL SOFIA GALINDO BOLIVAR**, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con Cédula de ciudadanía No 52.316.598 de Bogotá, actuando en nombre propio y en representación de los menores **JENNY SOFIA SALAZAR GALINDO**, menor de edad, identificada con Registro Civil de Nacimiento NUIP 1.000.062.273, **ANGIE JASBLEIDY SALAZAR GALINDO** menor de edad, identificada con Registro Civil de Nacimiento NUIP 1.000.062.272, **BRAYAN ALEJANDRO SALAZAR GALINDO**, menor de edad, identificado con Registro Civil de Nacimiento NUIP 1.028.780.239, en adelante "**LOS RECLAMANTES**" (demandantes), y, de otra parte, **RICARDO VÉLEZ OCHOA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.470.042 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 67.706 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como Apoderado General con Funciones de Representación Judicial y Extrajudicial de la demandada **QBE ahora ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA**, conforme se acredita en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio adjunto- en adelante "**LAS PARTES**", estando debidamente facultados para ello, celebramos el Contrato de Transacción, en los siguientes términos:

ANTECEDENTES.

1. El día 24 de diciembre del 2014, el señor **LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO**, mientras se encontraba ejecutando sus funciones laborales en el sector conocido como "la carrilera", resultó lesionado en su pie izquierdo como consecuencia de dos rieles que se deslizaron y cayeron sobre su extremidad.
2. **LOS RECLAMANTES**, con el fin de hacer efectivo el resarcimiento de los perjuicios materiales (lucro cesante y daño emergente) y los perjuicios inmateriales (daño moral, daño a la vida en relación, daño a la salud) promovieron Proceso de Reparación Directa en contra del **MINISTERIO DE TRANSPORTE, AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA, MUNICIPIO DE PALESTINA – CALDAS** y se vinculó al proceso a **QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA) CONCESIONARIO FERROCARRIL DEL PACIFICO S.A.S**, como llamadas en garantía.
3. **QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA)**. fue llamada en garantía por la **AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA**,

DECRETO DE LEY

El Presidente de la República, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en particular de las contenidas en el artículo 189 de la Constitución Política de Colombia, decreta:

Artículo 1º. Se crea el cargo de **Subsecretario de Planeación y Presupuesto**, adscrito al despacho del Secretario de Planeación y Presupuesto, con el nivel de **Subsecretario de Estado**, para ejercer las funciones de **asesoramiento y coordinación** en materia de planeación y presupuesto, y de **representación** del despacho ante los organismos de control y de la rama judicial.

Artículo 2º. El cargo de Subsecretario de Planeación y Presupuesto será desempeñado por **Andrés Bello**, quien asume el cargo a partir del día **15 de mayo de 2014**.

Artículo 3º. El presente decreto entrará en vigencia a partir del día **15 de mayo de 2014**.



ANEXO

1. El cargo de Subsecretario de Planeación y Presupuesto será desempeñado por **Andrés Bello**, quien asume el cargo a partir del día **15 de mayo de 2014**.
2. El cargo de Subsecretario de Planeación y Presupuesto será desempeñado por **Andrés Bello**, quien asume el cargo a partir del día **15 de mayo de 2014**.
3. El cargo de Subsecretario de Planeación y Presupuesto será desempeñado por **Andrés Bello**, quien asume el cargo a partir del día **15 de mayo de 2014**.

quien figura como tomador y asegurado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 000703544469.

4. El conocimiento de dicha controversia fue asignado por reparto al JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALEZ bajo el radicado 17-001-33-33-001-2017-00053-00.
5. Que el día 19 de junio de 2020 "LAS PARTES" han llegado a un acuerdo transaccional total y/o definitivo sobre el objeto del presente litigio, en los términos que a continuación se esbozarán:

ACUERDO TRANSACCIONAL

Con el fin de dirimir en su totalidad toda controversia actual o futura, "LAS PARTES" libre y voluntariamente han llegado al siguiente **ACUERDO TRANSACCIONAL**, con base en el cual acuerdan desistir de toda pretensión o controversia asociada al medio de control de reparación directa que cursa ante el JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALEZ bajo el radicado 17-001-33-33-001-2017-00053-00, promovido por LOS RECLAMANTES en contra del **MINISTERIO DE TRANSPORTE, AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA, MUNICIPIO DE PALESTINA - CALDAS, CONCESIONARIO FERROCARRIL DEL PACIFICO S.A.S, y QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA)** en calidad de aseguradora llamada en garantía por la asegurada **AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA**, dentro de la póliza 000703544469.

1. **QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.)** pagará a órdenes de los demandantes "los reclamantes", la suma de **SESENTA MILLONES DE PESOS (\$ 60.000.000 M/CTE)** por concepto de todo perjuicio susceptible de ser indemnizado y/o reparado a "LOS RECLAMANTES" con motivo del accidente de tránsito ocurrido el pasado 24 de diciembre del 2014.
 - a. Con tal fin, los demandantes (reclamantes) autorizan al Doctor **CESAR AUGUSTO GARCÍA VALENCIA**, mayor y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 10.117.198 de Manizales, abogado en ejercicio, y portador de la Tarjeta Profesional No. 114.652 del Consejo Superior de la Judicatura, en su prenotada calidad de apoderado judicial, para recibir la suma antes acordada en nombre y en representación de los demandantes (reclamantes). En esa medida, el Doctor **CESAR AUGUSTO GARCÍA VALENCIA** manifiesta estar expresamente facultado para recibir y, en todo caso, presentará ante **QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.)** poder actualizado que incluya la facultad para recibir.
 - b. El pago de la suma antes acordada se efectuará mediante transferencia electrónica a más tardar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de presentación por parte de



El presente documento es una copia de la minuta de la reunión de la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) en la fecha de 2007-03-27.

El contenido de esta minuta fue leído y aprobado en la reunión de la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) en la fecha de 2007-03-27.

En virtud de lo anterior, se acuerda que la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) autoriza al suscrito para que represente a la Compañía en la reunión de la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) en la fecha de 2007-03-27.

ACUERDO DE LA JUNTA DIRECTIVA

Con el fin de cumplir con lo establecido en el artículo 175 del Código de Comercio, la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) acuerda que el suscrito represente a la Compañía en la reunión de la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) en la fecha de 2007-03-27.

1. Que se acuerda que el suscrito represente a la Compañía en la reunión de la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) en la fecha de 2007-03-27.

En virtud de lo anterior, se acuerda que la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) autoriza al suscrito para que represente a la Compañía en la reunión de la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) en la fecha de 2007-03-27.

En virtud de lo anterior, se acuerda que la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) autoriza al suscrito para que represente a la Compañía en la reunión de la Junta Directiva de la Compañía de Seguros S.A. (hoy Zurich Seguros S.A. Colombia) en la fecha de 2007-03-27.



los reclamantes, de la totalidad de los documentos requeridos que se relacionan en el literal (c), una vez sean aprobados por la aseguradora.

c. LAS PARTES acuerdan expresamente que le corresponderá a LOS RECLAMANTES y a la persona diputada para recibir el pago, en este caso el apoderado judicial diligenciar y allegar los siguientes documentos al correo electrónico mrojas@velezgutierrez.com y una vez sean autorizados por la aseguradora, se enviarán a la dirección carrera 7 No. 74 B – 56, piso 14, oficina 1401, Edificio Corficaldas, en la ciudad de Bogotá.

1. Con el documento que se titula CONTRATO DE TRANSACCIÓN: Imprimirlo, firmarlo y autenticarlo.
2. Formulario conocimiento del cliente SARLAFT: Imprimirlo, diligenciarlo en su **totalidad** (incluida fecha y ciudad de diligenciamiento), con excepción de las celdas correspondientes a los puntos 9 y 10, firmarlo y colocarle la huella, este no se autentica (este formulario debe ser diligenciado y firmado de manera individual por **cada Demandante** y por los **terceros autorizados** para recibir el desembolso del dinero, tales como apoderados u otros)
3. AUTORIZACIÓN PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS: Imprimirlo, diligenciarlo, firmarlo y colocarle huella, este no se autentica. (Debe ser diligenciado y firmado de manera individual por cada reclamante).
4. Copia del documento de identidad de todos los demandantes
5. Certificación bancaria del destinatario del pago.
6. Copia del poder del abogado de la parte demandante.
7. Autorización con nota de presentación ante Notario suscrita por todos los RECLAMANTES donde autorizan al apoderado judicial y a quien recibe el dinero por expresa delegación, autorización y diputación para recibir el pago, de conformidad con lo preceptuado por el inciso primero del artículo 1634 del Código Civil.
8. Poder actualizado que tenga la facultad de recibir y transigir dirigido al juez de conocimiento del proceso junto con el memorial de desistimiento definitivo de las pretensiones de la demanda. Estos documentos deben ir



Los suscritos, en su calidad de representantes legales de la sociedad de inversión inmobiliaria denominada "SOCIETÀ IMMOBILIARIA S.p.A.", para ser ratificadas en el presente instrumento notarial...

Las partes acuerdan expresamente que el presente instrumento no constituye un acto de compraventa, sino que se trata de un acto de mera ejecución de un acto de gestión administrativa, en virtud del cual se otorgan poderes a los señores JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA y JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA, para que representen a la sociedad de inversión inmobiliaria denominada "SOCIETÀ IMMOBILIARIA S.p.A.", en todas las actuaciones judiciales y extrajudiciales que se deriven de este acto...

Con el documento que acompaña a este instrumento notarial...

2. Por medio del presente instrumento notarial, los señores JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA y JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA, otorgan poderes a los señores JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA y JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA, para que representen a la sociedad de inversión inmobiliaria denominada "SOCIETÀ IMMOBILIARIA S.p.A.", en todas las actuaciones judiciales y extrajudiciales que se deriven de este acto...

3. AUTORIZACIÓN PARA LA FIRMACIÓN DE INSTRUMENTOS NOTARIALES Y OTROS ACTOS DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, EN RELACIÓN A LA SOCIEDAD DE INVERSIÓN INMOBILIARIA DENOMINADA "SOCIETÀ IMMOBILIARIA S.p.A.", A FAVOR DE LOS SEÑORES JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA Y JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA...

4. Con el consentimiento de ambas partes, los suscritos...

5. Queda ratificada y confirmada la otorgación de los poderes...

6. AUTORIZACIÓN PARA LA FIRMACIÓN DE INSTRUMENTOS NOTARIALES Y OTROS ACTOS DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, EN RELACIÓN A LA SOCIEDAD DE INVERSIÓN INMOBILIARIA DENOMINADA "SOCIETÀ IMMOBILIARIA S.p.A.", A FAVOR DE LOS SEÑORES JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA Y JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA...

7. Por el presente instrumento notarial, los señores JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA y JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA, otorgan poderes a los señores JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA y JUAN CARLOS GARCÍA GARCÍA, para que representen a la sociedad de inversión inmobiliaria denominada "SOCIETÀ IMMOBILIARIA S.p.A.", en todas las actuaciones judiciales y extrajudiciales que se deriven de este acto...



con presentación personal y se deberán remitir por correo electrónico al Despacho. Igualmente, se deberán radicar cuando se efectuó la apertura del mismo.

2. LAS PARTES acuerdan que los pagos acordados en los numerales precedentes corresponden a todo concepto de daños y perjuicios que pudieran ser reclamados por "LOS RECLAMANTES" con motivo del accidente ocurrido el 24 de diciembre del 2014, en el que resultó involucrado el señor LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO.
3. Una vez se efectúen los pagos antes señalados, los demandantes "RECLAMANTES" y su apoderado declararán al extremo pasivo de la litis, esto es, el **MINISTERIO DE TRANSPORTE, AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA, MUNICIPIO DE PALESTINA - CALDAS, CONCESIONARIO FERROCARRIL DEL PACIFICO S.A.S, y QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA)** en calidad de aseguradora llamada en garantía por la asegurada **AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA**, dentro de la póliza 000703544469., a paz y salvo por todo daño y/o perjuicio derivado del accidente del 24 de diciembre del 2014, en el que resultó involucrado el señor LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO.
4. LAS PARTES acuerdan expresamente que el pago de la suma acordada dejará indemne por todo concepto a los demandados **MINISTERIO DE TRANSPORTE, AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA, MUNICIPIO DE PALESTINA - CALDAS, CONCESIONARIO FERROCARRIL DEL PACIFICO S.A.S, y QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA)**, razón por la cual, los demandantes (RECLAMAMNTES) y su apoderado se abstendrán de formular cualquier reclamo judicial o extrajudicial en contra de estos últimos.
5. LAS PARTES acuerdan expresamente que una vez se realice el pago de la suma acordada, los demandantes (RECLAMAMNTES) y su apoderado dejarán indemne por todo concepto a los demandados **MINISTERIO DE TRANSPORTE, AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA, MUNICIPIO DE PALESTINA - CALDAS, CONCESIONARIO FERROCARRIL DEL PACIFICO S.A.S, y QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA)**, con motivo del accidente del 24 de diciembre del 2014, en el que resultó involucrado el señor LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO.
6. LAS PARTES acuerdan expresamente que el presente ACUERDO TRANSACCIONAL dirime en su totalidad el objeto del presente litigio y que a través del presente no surge ninguna obligación dineraria -ni de ninguna otra índole- que deba ser asumida con cargo al erario público, razón por la cual, **LA AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA**-en su prenotada calidad de Tomador y Asegurado de la Póliza **000703544469** - ha quedado indemne en su patrimonio por concepto de toda obligación indemnizatoria y/o resarcitoria por concepto del accidente de tránsito en el que resultó involucrado el señor LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO.



NOTARIA 97
JOSÉ MANRIQUE
NOTARIO
MANIZALES

El presente documento es una copia de un documento original que se encuentra en el archivo de la Notaría. El original es el que tiene validez legal.

El presente documento es una copia de un documento original que se encuentra en el archivo de la Notaría. El original es el que tiene validez legal.

El presente documento es una copia de un documento original que se encuentra en el archivo de la Notaría. El original es el que tiene validez legal.

El presente documento es una copia de un documento original que se encuentra en el archivo de la Notaría. El original es el que tiene validez legal.

El presente documento es una copia de un documento original que se encuentra en el archivo de la Notaría. El original es el que tiene validez legal.



7. Adicionalmente, los demandantes (RECLAMANTES) y su apoderado renuncian a reclamar todo concepto de costas y agencias en derecho que se llegasen a imponer con motivo de las actuaciones procesales surtidas en primera instancia dentro del proceso de reparación directa promovido en contra de **MINISTERIO DE TRANSPORTE, AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA, MUNICIPIO DE PALESTINA – CALDAS, CONCESIONARIO FERROCARRIL DEL PACIFICO S.A.S, y QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA)** en calidad de aseguradora llamada en garantía por la asegurada **AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA**, dentro de la póliza 000703544469.

8. LAS PARTES acuerdan expresamente que la exigibilidad de las obligaciones a cargo de **ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.**, así como los efectos transaccionales y de cosa juzgada que surgen del presente CONTRATO DE TRANSACCIÓN se encuentra sometidos a condición resolutoria en el evento en que exista providencia judicial en firme que no apruebe dar por terminado el proceso que cursa ante el JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALEZ bajo el radicado 17-001-33-33-001-2017-00053-00, frente al **MINISTERIO DE TRANSPORTE, AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA, MUNICIPIO DE PALESTINA – CALDAS, CONCESIONARIO FERROCARRIL DEL PACIFICO S.A.S, y QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA)**, caso en el cual el presente acuerdo no surtirá efecto alguno y, por consiguiente, no se podrá hacer exigible ninguna obligación a cargo de ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A., sin perjuicio de lo previsto en el artículo 1544 del Código Civil.

PARAGRAFO PRIMERO. El abogado **CESAR AUGUSTO GARCÍA VALENCIA** se compromete a allegar a la respectiva autoridad judicial cualquier otro memorial que se requiera y esté en su potestad aportar para finiquitar el proceso.

9. Así mismo, los demandantes (reclamantes) representados en este acto por **CESAR AUGUSTO GARCÍA VALENCIA**, manifiestan bajo la gravedad del juramento que no conocen a nadie con igual o mejor derecho que ellos, y en el caso de que aparezcan se comprometen a entregarles lo que en derecho les corresponda referente a esta indemnización.

10. LAS PARTES acuerdan expresamente una vez se hagan efectivos los pagos acordados por parte de **ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.** que las demandadas **AGENCIA NACIONAL DE INFRESTRUCTURA -ANI-, MINISTERIO DE TRANSPORTE, MUNICIPIO DE PALESTINA – CALDAS, CONCESIONARIO FERROCARRIL DEL PACIFICO S.A.S,** quedarán indemnes frente a toda reclamación tendiente al resarcimiento y/o compensación de todo perjuicio patrimonial o extrapatrimonial reclamado por los demandantes (reclamantes) a raíz del accidente de tránsito del 24 de diciembre del 2014, en el que resultó involucrado y lesionado el señor **LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO**.



...del ...
...del ...
...del ...
...del ...
...del ...

...del ...
...del ...
...del ...
...del ...
...del ...

...del ...
...del ...
...del ...

...del ...
...del ...
...del ...

...del ...
...del ...
...del ...
...del ...
...del ...



11. LAS PARTES acuerdan expresamente que el monto de la suma acordada será asumida única y exclusivamente por **QBE SEGUROS S.A. (hoy ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.)**, razón por la cual, las demandadas **MINISTERIO DE TRANSPORTE, AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA, MUNICIPIO DE PALESTINA – CALDAS, CONCESIONARIO FERROCARRIL DEL PACIFICO S.A.S**, no asumirán ningún pago adicional que comprometa el erario público.

12. Los demandantes, así como su apoderado, se comprometen a desistir de la demanda y sus pretensiones ante el PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALEZ bajo el radicado 17-001-33-33-001-2017-00053-00. Para tal efecto, se compromete a remitir copia del acta o memorial correspondiente al correo electrónico: mrojas@velezgutierrez.com

13. LAS PARTES aceptan que los pagos que efectuará ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A. se realizarán en los términos contractuales que rigen la póliza 000703544469 y, en consecuencia, el pago de las sumas acordadas en el presente acuerdo, se realizan con cargo al amparo de "Responsabilidad Civil Extracontractual" por "Predios, Labores y Operaciones", "Contratistas y Subcontratistas" y de cualquier otro amparo o a cargo de cualquier otra póliza expedida por la Aseguradora, por concepto indemnizatorio derivado del accidente antes mencionado.

14. LAS PARTES aceptan que el pago de la suma acordada que efectuará ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A. se realizará en los términos contractuales que rigen la póliza 000703544469, comporta para todos los efectos legales, el agotamiento de la suma asegurada correspondiente al amparo de "Responsabilidad Civil Extracontractual" por "Predios, Labores y Operaciones", "Contratistas y Subcontratistas" y de cualquier otro amparo o a cargo de cualquier otra póliza expedida por la Aseguradora, por concepto indemnizatorio derivado del accidente antes mencionado.

15. Como quiera que los hechos que se ventilan dentro de este proceso podrían adecuarse típicamente en el delito de lesiones personales como consecuencia de un accidente de tránsito, los demandantes (reclamantes), así como su apoderado, también desisten de cualquier reclamación elevada frente a ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A., en el marco de un incidente de reparación integral o cualquier otra vía procesal o judicial tendiente a hacer efectivo el resarcimiento de los perjuicios irrogados a los demandantes (reclamantes) a raíz del accidente ocurrido el 24 de diciembre del 2014, en el que resultó involucrado y lesionado el señor LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO.

16. Así mismo, "los reclamantes" se comprometen a no intentar posteriormente reclamación judicial o extrajudicial tendiente a hacer efectivo la indemnización de los perjuicios arriba señalados o de cualquier otra índole ante ninguna otra jurisdicción (civil, administrativa, laboral, penal) contra ninguna de las entidades demandadas o llamadas en garantía en el proceso



11. AS PART of the... (mirrored text)

12. Los demanados... (mirrored text)

13. AS PART of the... (mirrored text)

14. AS PART of the... (mirrored text)

15. Como parte de... (mirrored text)

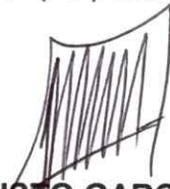
16. Así como... (mirrored text)



ninguna de las entidades demandadas o llamadas en garantía en el proceso que cursa ante el JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALEZ bajo el radicado 17-001-33-33-001-2017-00053-00.

17. El presente documento presta mérito ejecutivo.

En consecuencia, el presente documento se suscribe por LAS PARTES en la ciudad de Bogotá a los (5) días del mes de (agosto) de 2.020 en dos (2) ejemplares.



CESAR AUGUSTO GARCÍA VALENCIA
C.C N° 10.117.198 de Manizales
Tarjeta Profesional No. 114.652 del CSJ
Apoderado Judicial de "LOS RECLAMANTES"



RICARDO VÉLEZ OCHOA

C.C. No. 79.470.042
T.P. No. 67.706 del CSJ
Apoderado Judicial de ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA

Coadyuva,

CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ

C.C. No. 1.088.243.926 de Pereira
T.P. No. 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura
Apoderada Judicial de ZURICH ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Artículos 68 Dec 960 de 1970 y 31 Dec 2148 de 1983.
Ante el Notario Segundo de Manizales (Caldas) compareció CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA quien
presentó su cédula 10.117.198 de PEREIRA.
Y expuso que el contenido de este documento es cierto y
que la firma puesta en él es suya, colocada en mi presencia.
En constancia se
firma hoy **11 AGO. 2020**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.760.412**
SALAZAR GALINDO

APELLIDOS
LUIS ANDRES

NOMBRES

LUIS GALINDO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00420629-M-1033760412-20130109 0032066055A 1 1512178874

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

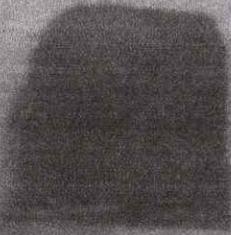
NUMERO **1.022.382.247**
SALAZAR FUERTE

APELLIDOS
SAMUEL ESTEBAN

NOMBRES

Samuel Salazar

FIRMA



BOGOTA D.C.
1.70 O+ M



Página 5 de 6	PROCESO: DESARROLLO HUMANO		 POLICÍA NACIONAL	
Código: 2DH-FR-0008	FORMULARIO I EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO			
Fecha: 24/07/2012	POLICIAL			
Versión: 0				
3.5. GESTION DOCENTE			3.6. ACTIVIDADES SERVICIO Y APOYO	
EVALUACIÓN			EVALUACIÓN	
DISEÑO, APORTES Y DESARROLLO DEL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL			DOMINIO Y CONOCIMIENTO DE SU TRABAJO	
D			D	
PARTICIPACIÓN EN EL DISEÑO Y EJECUCIÓN DE LA POLITICA DOCENTE			DISPOSICIÓN PARA EL SERVICIO	
D			D	
REFERENCIA COMPETITIVA			EFECTIVIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS TAREAS ASIGNADAS DENTRO DE LOS PROCESOS	
D			D	
IDONEIDAD COMO DOCENTE			CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN	
D			D	
ACTUALIZACIÓN PEDAGOGICA Y MANEJO DE TECNICAS DOCENTES			DESTREZA EN EL EMPLEO Y CONSERVACIÓN DE LOS BIENES A SU CARGO	
D			D	
RELACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LAS ALIANZAS ESTRATEGICAS CON INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y OTRAS ENTIDADES			EFICIENCIA EN EL EMPLEO DE LOS RECURSOS	
D			D	
APORTES E IMPLEMENTACIÓN AL PROCESO DE INCORPORACIÓN			SUBTOTAL	
D			D	
RENDIMIENTO COMO ALUMNO				
D				
HABILIDAD PARA LA COMUNICACIÓN				
D				
SUBTOTAL			SUBTOTAL	
D			D	
*ESTE VALOR SE TRASLADA A LA SECCIÓN IV NUMERAL 3.5			*ESTE VALOR SE TRASLADA A LA SECCIÓN IV NUMERAL 3.6	
SECCION IV EVALUACIÓN FINAL				
DESEMPEÑO PERSONAL	3.1. 1200	3.2. 1200	PROMEDIO A= 1200	SUBTOTAL 240
DESEMPEÑO PROFESIONAL	3.3. 1200	3.4. D	3.5. D	3.6. D
			PROMEDIO B= 1200	SUBTOTAL 960
EVALUACIÓN FINAL 100% (A + B)	0		CERO	
CLASIFICACIÓN	D			

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 79.829.483
BALAZAR MALDONADO
NOMBRE: LUIS ALEJANDRO

Luis Salazar



INDICE DACTILO

FECHA DE NACIMIENTO: 20-JUL-1972
SAN MATEO (BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO: 1.67
ESTATURA: O+ SEXO: M

20-JUN-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
GREGORIO GONZALEZ TORRES



A-160900 0000001-M 0076829403-20100113 001003000A 1 1006002000

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.062.273**

SALAZAR GALINDO
APELLIDOS

JENNY SOFIA
NOMBRES

Jenny Sofia Salazar
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

A+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

24-ENE-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vácha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1500150-00884247-F-1000062273-20170218

0053769318A 1

47456289

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.062.272**
SALAZAR GALINDO

APELLIDOS
ANGIE JASBLEIDY

NOMBRES

Jasbleidy Salazar

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-1997**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

01-DIC-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01128928-F-1000062272-20200127

0069826980A 2

9911464704

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52316598

NUMERO

GALINDO BOLIVAR

APELLIDOS

RAQUEL SOFIA

NOMBRES

RaqueL sofia Galindo Bolivar



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-1973**

TOCAIMA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RH

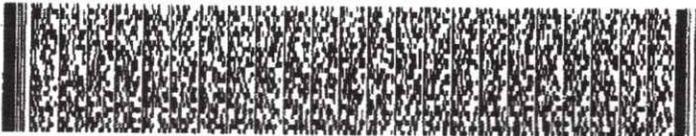
F

SEXO

24-ABR-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500100-42089344-F-0052316598-20010705

03744 01184C 02 099355336



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1.028.789.239

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52590333

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A C Q

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE TUNJUELITO - H EL TUNAL - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del Inscrito

Primer Apellido SALAZAR Segunda Apellido GALINDO

Nombre(s) BRAYAN ALEJANDRO

Fecha de nacimiento Año 2 0 1 2 Mes S E P Día 0 7 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 11422739-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos GALINDO BOLIVAR RAQUEL SOFIA

Documento de identificación (Clase y número) CC 52.316.598

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos SALAZAR MALDONADO LUIS ALEJANDRO

Documento de identificación (Clase y número) CC 79.829.483

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SALAZAR MALDONADO LUIS ALEJANDRO

Documento de identificación (Clase y número) CC 79.829.483

Firma Luis Salazar

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 2 Mes S E P Día 2 7

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JULIO ENRIQUE FRANCO MENESES ROSI

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.117.198**

GARCIA VALENCIA
 APELLIDOS

CESAR AUGUSTO
 NOMBRES

IRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-DIC-1964**

PEREIRA
 (RISARALDA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

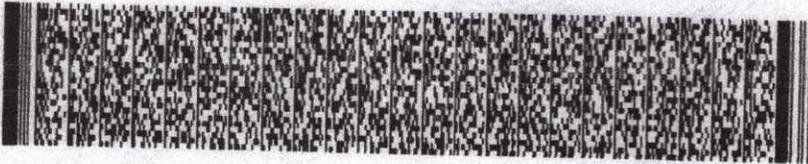
1.71 **O+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

25-MAR-1983 PEREIRA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



REGISTRADORA NACIONAL
 ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-0900100-35146941-M-0010117198-20060420 0110506110N 02 174860523

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 10.117.198** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS PENSIONAL No. 638258640** aperturada el **20 de diciembre del 2012**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **12 días** del mes de **agosto** del año **2020**.

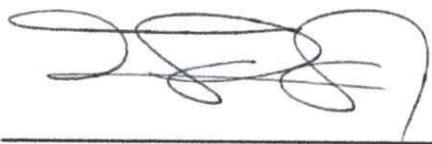
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0638258640**

Cuenta de 16 dígitos: **0638000200258640**

Cuenta de 20 dígitos: **00130638000200258640**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - PERSONA NATURAL
ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
SUCURSAL BOGOTÁ	DD 23	MM 07	AAAA 2020

CLASE DE VINCULACIÓN	TOMADOR <input checked="" type="radio"/>	ASEGURADO <input type="radio"/>	BENEFICIARIO <input type="radio"/>	APODERADO <input type="radio"/>	AFIANZADO <input type="radio"/>
INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO					
	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	PERSONAL	
TOMADOR - ASEGURADO-AFIANZADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco. De no poseer la información, favor registre No Aplica (N.A)

1. INFORMACIÓN BÁSICA					
PRIMER APELLIDO SALAZAR	SEGUNDO APELLIDO GALINDO	PRIMER NOMBRE LUIS	SEGUNDO NOMBRE ANDRES		
C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>			NUMERO: 1033760412	LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ DC	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>
FECHA DE NACIMIENTO: 19/12/1993	NACIONALIDAD 1: COLOMBIANO	NACIONALIDAD 2: N/A	OCUPACIÓN / PROFESIÓN: PATRULLERO POLICIA NACIONAL		
ESTADO CIVIL: CASADO <input type="radio"/> SOLTERO <input checked="" type="radio"/> SEPARADO <input type="radio"/> VIUDO <input type="radio"/>	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CALLE 76 No. 34 - 86 SUR			CIUDAD DE RESIDENCIA BOGOTÁ, D.C	
TELÉFONO 3218480116	CELULAR 3218480116	EMAIL salazar9312@outlook.com			
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO <input checked="" type="radio"/> ESTUDIANTE <input type="radio"/> AMA DE CASA <input type="radio"/> RENTISTA <input type="radio"/> PENSIONADO <input type="radio"/> INDEPENDIENTE <input type="radio"/>			SI ES INDEPENDIENTE, ESPECIFIQUE: N/A		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA POLICIA NACIONAL			CARGO		
CIUDAD BOGOTÁ	DIRECCIÓN CARRERA 77 C No. 69 A -05 SUR		TELÉFONO 7807304	FAX N/A	

Nota: Diligenciar la información financiera en pesos

INGRESOS MENSUALES	\$ 2.429.065	ACTIVOS	\$ 6.000.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 2.429.065	PASIVOS	\$ N/A
OTROS INGRESOS	\$ N/A	CONCEPTO OTROS INGRESOS	N/A

ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES SI NO ESPECIFIQUE EL PAÍS:
N/A

Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de PEP en el pie de página*) SI NO Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de vinculado en el pie de página**) SI NO

Si su respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es afirmativa, por favor diligencie el Anexo 1

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	TIPO TRANSACCIONES: IMPORTACIONES <input type="radio"/> EXPORTACIONES <input type="radio"/> INVERSIONES <input type="radio"/> TRANSFERENCIAS <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> CUAL?: N/A					
TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	Especifique los productos financieros en el siguiente cuadro:					
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LA RIQUEZA Y DESTINO DE FONDOS						
Declaro expresamente que:						
1. Los recursos y la riqueza que poseo proviene de las siguientes fuente (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): ACTIVIDAD LABORAL						
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.						
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.						
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.						

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS						
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS						
AÑO	RAMO	COMPañÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN	
N/A	N/A	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. TRATAMIENTO DE DATOS – DECLARACIONES Y FINALIDADES						
Para efectos de las siguientes declaraciones se considera Responsable del Tratamiento de Datos ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A, NIT 860.002.534-0 domiciliada en la Calle 116 # 7-15 Interior 2 Oficina 1401 de Bogotá, Tel 5188482, en adelante, LA ASEGURADORA.						
1. Declaraciones previas						
Declaro que he sido informado de lo siguiente: 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 literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, los principios y disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos 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; 3. 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; 4. Que el capítulo IV, Título IV, Parte 1 de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, que regula el conocimiento del cliente, exige la recolección de datos personales y datos biométricos por parte de LA ASEGURADORA. 5. Que LA ASEGURADORA cuenta con Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en sus página web www.zurichseguros.com.co o en su defecto puedo solicitarlas directamente a través de cualquiera de sus medios de contacto; 6. Que como titular de los datos me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicione o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a mis datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que han sido objeto de Tratamiento. 7. Que tratándose del suministro de información de datos personales sobre niños, niñas y adolescentes que yo efectúe, la misma será tratada y usada adecuadamente, respetando su interés superior y sus derechos fundamentales; 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 9. Que, por razones de eficiencia y almacenamiento de datos, LA ASEGURADORA puede requerir transmitir o transferir los datos personales a los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA. 10. Que por cuestiones administrativas, de control, legales o de índole comercial, LA ASEGURADORA puede requerir la divulgación o la transferencia de datos personales a sus filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz. 11. Que para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA y en los que intervengan el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro puede requerir transmitir o transferir los datos personales a ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. 12. Que por iniciativas gremiales, FASECOLD, INIF e INVERFAS S.A administran bases de datos para el sector asegurador para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales, y demás actividades que suman al ejercicio de la actividad aseguradora.						

* PEP - Persona Expuesta Públicamente: 1) Las Personas Expuestas Políticamente de acuerdo con el Decreto 1674 de 2016, es decir, aquellos 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; 2) Los representantes de organizaciones internacionales y 3) Las personas que gozan de reconocimiento público.
**Vinculado: las personas que tengan sociedad conyugal de hecho o de derecho, los familiares hasta el segundo grado de consanguineidad (padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos), segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros y cuñados) y primero civil (padres adoptantes e hijos adoptivos) con una Persona Expuesta Públicamente.

2. Finalidad Del Tratamiento De Datos Personales:

Declaro así mismo que he sido informado que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, directamente o a través de Encargados con los que haya contratado, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como Tomador, Asegurado y/o Beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con LA ASEGURADORA y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción 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) En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de Coaseguradores y/o Reaseguradores y/o ajustadores. 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 otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con LA ASEGURADORA. x) Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo xii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial xiii) Mantenimiento de la relación comercial en desarrollo de actividades publicitarias o de conocimiento, oferta de productos o servicios nuevos o actuales, gestión de cobro, recordatorios de pago, vencimientos y renovaciones a través de correspondencia, correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), contacto telefónico y otros, de manera directa o a través de terceros autorizados por LA ASEGURADORA.

6. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 100%
2. Los demás documentos que por políticas de suscripción sean solicitados por la Aseguradora y/o el Intermediario de seguros.
3. Relación de bienes objeto del seguro

7. AUTORIZACIONES ESPECIALES

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales para que me sean enviadas ofertas comerciales de LA ASEGURADORA o en conjunto con sus aliados comerciales
 SI NO

Autorizo expresa e inequívocamente a transferir mis datos a Fasecolda, INIF e Inverfas S.A, como entidades gremiales del sector asegurador, para que dichas compañías traten mis datos personales en los términos y para las finalidades descritos en el numeral 12 de las Declaraciones Previas de este formulario. SI NO

8. FIRMA Y HUELLA

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y declaraciones de manera expresa:

1. AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles que hayan sido suministrados voluntariamente, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento, así como la transferencia de dichos datos a los coaseguradores y reaseguradores de mis pólizas de seguros y a los países en donde, por razones de eficiencia y almacenamiento, se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores controlados por LA ASEGURADORA.
2. AUTORIZO que mis datos personales sean transferidos o divulgados a las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz de LA ASEGURADORA para las finalidades que me han sido informadas.
3. AUTORIZO a consultar y reportar información relativa a mi comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Bajo la gravedad de juramento declaro haber leído, entendido y aceptado lo señalado en el presente documento, así mismo declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes. Firmo como constancia



Huella del dedo que se indica en el documento de identificación

loris salazar

1033760412

Firma Cliente o Representante Legal

C.C.

Nota: Espacio exclusivamente a ser diligenciado por la Aseguradora y/o Intermediario

9. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA:	FECHA ENTREVISTA: DD MM AAAA	HORA:
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Contacto directo con el cliente)	RESULTADO ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA		C.C. No.
OBSERVACIONES:		

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO.
FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES
C.C. No.
OBSERVACIONES:

ANEXO 1. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

Si usted es Persona Públicamente Expuesta por favor suministre la siguiente información:

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Si usted goza de reconocimiento público, por favor especifique el motivo de reconocimiento:

Si usted está vinculado a una persona que goza de reconocimiento público, por favor especifique la siguiente información:

Nombre	Tipo de ID	Número de ID
Especifique motivo de reconocimiento		

Si usted está vinculado con una **Persona Expuesta Políticamente** de acuerdo con la definición del Decreto 1674 de 2016 (ver pie de página) por favor diligencie la siguiente información:

Vínculo	Nombre	Tipo de ID	Número de ID				
Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
SUCURSAL DD MM AAAA
13 07 2020

CLASE DE VINCULACIÓN TOMADOR ASEGURADO BENEFICIARIO APODERADO AFIANZADO
INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	PERSONAL
TOMADOR - ASEGURADO-AFIANZADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco. De no poseer la información, favor registre No Aplica (N.A)

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO SALAZAR SEGUNDO APELLIDO MALDONADO PRIMER NOMBRE LUIS SEGUNDO NOMBRE ALEJANDRO

C.C. C.E. T.I. R.C. PASAPORTE OTRO NÚMERO: 79829483 LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTA DC SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO: 19/07/1972 NACIONALIDAD 1: COLOMBIANO NACIONALIDAD 2: OCUPACIÓN / PROFESIÓN: TRABAJADOR

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 76 No. 34 - 86 SUR CIUDAD DE RESIDENCIA: BOGOTA, D.C

TELÉFONO: 3105586772 CELULAR: 3105586772 EMAIL: jasbleidy258@gmail.com

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE SI ES INDEPENDIENTE, ESPECIFIQUE: MONTALLANTAS

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: CARGO:

CIUDAD: DIRECCIÓN: TELÉFONO: FAX:

Nota: Diligenciar la información financiera en pesos

INGRESOS MENSUALES \$ 4.000.000 ACTIVOS \$ 100.000.000

EGRESOS MENSUALES \$ 3.000.000 PASIVOS \$ 2.000.000

OTROS INGRESOS \$ CONCEPTO OTROS INGRESOS:

ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES SI NO ESPECIFIQUE EL PAÍS:

Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de PEP en el pie de página) SI NO Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de vinculado en el pie de página) SI NO

Si su respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es afirmativa, por favor diligencie el Anexo 1

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN TIPO TRANSACCIONES: MONEDA EXTRANJERA? SI NO IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS OTRO CUAL?:

TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO Especifique los productos financieros en el siguiente cuadro:

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LA RIQUEZA Y DESTINO DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Los recursos y la riqueza que poseo proviene de las siguientes fuente (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. TRATAMIENTO DE DATOS - DECLARACIONES Y FINALIDADES

Para efectos de las siguientes declaraciones se considera Responsable del Tratamiento de Datos ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A, NIT 860.002.534-0 domiciliada en la Calle 116 # 7-15 Interior 2 Oficina 1401 de Bogotá, Tel 5188482, en adelante, LA ASEGURADORA.

1. Declaraciones previas

Declaro que he sido informado de lo siguiente: 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 literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, los principios y disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos 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; 3. 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; 4. Que el capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, que regula el conocimiento del cliente, exige la recolección de datos personales y datos biométricos por parte de LA ASEGURADORA. 5. Que LA ASEGURADORA cuenta con Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en sus página web www.zurichseguros.com.co o en su defecto puedo solicitarlas directamente a través de cualquiera de sus medios de contacto; 6. Que como titular de los datos me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a mis datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que han sido objeto de Tratamiento. 7. Que tratándose del suministro de información de datos personales sobre niños, niñas y adolescentes que yo efectúe, la misma será tratada y usada adecuadamente, respetando su interés superior y sus derechos fundamentales; 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 9. Que, por razones de eficiencia y almacenamiento de datos, LA ASEGURADORA puede requerir transmitir o transferir los datos personales a los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA. 10. Que por cuestiones administrativas, de control, legales o de índole comercial, LA ASEGURADORA puede requerir la divulgación o la transferencia de datos personales a sus filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz. 11. Que para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA y en los que intervengan el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro puede requerir transmitir o transferir los datos personales a ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. 12. Que por iniciativas gremiales, FASECOLDA, INIF e INVERFAS S.A administran bases de datos para el sector asegurador para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales, y demás actividades que suman al ejercicio de la actividad aseguradora.

OFIXPRES NIT. 900.158.825-1 SUS-097 - Octubre-2018

* PEP - Persona Expuesta Públicamente: 1) Las Personas Expuestas Políticamente de acuerdo con el Decreto 1674 de 2016, es decir, aquellos 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; 2) Los representantes de organizaciones internacionales y 3) Las personas que gozan de reconocimiento público.

**Vinculado: las personas que tengan sociedad conyugal de hecho o de derecho, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos), segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros y cuñados) y primero civil (padres adoptantes e hijos adoptivos) con una Persona Expuesta Públicamente.

2. Finalidad Del Tratamiento De Datos Personales:

Declaro así mismo que he sido informado que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, directamente o a través de Encargados con los que haya contratado, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como Tomador, Asegurado y/o Beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con LA ASEGURADORA y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción 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) En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de Coaseguradores y/o Reaseguradores y/o ajustadores. 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 otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con LA ASEGURADORA. x) Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo xii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial xiii) Mantenimiento de la relación comercial en desarrollo de actividades publicitarias o de conocimiento, oferta de productos o servicios nuevos o actuales, gestión de cobro, recordatorios de pago, vencimientos y renovaciones a través de correspondencia, correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), contacto telefónico y otros, de manera directa o a través de terceros autorizados por LA ASEGURADORA.

6. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 100%
2. Los demás documentos que por políticas de suscripción sean solicitados por la Aseguradora y/o el Intermediario de seguros.
3. Relación de bienes objeto del seguro

7. AUTORIZACIONES ESPECIALES

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales para que me sean enviadas ofertas comerciales de LA ASEGURADORA o en conjunto con sus aliados comerciales
SI NO

Autorizo expresa e inequívocamente a transferir mis datos a Fasecolda, INIF e Inverfas S.A, como entidades gremiales del sector asegurador, para que dichas compañías traten mis datos personales en los términos y para las finalidades descritos en el numeral 12 de las Declaraciones Previas de este formulario. SI NO

8. FIRMA Y HUELLA

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y declaraciones de manera expresa:

1. AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles que hayan sido suministrados voluntariamente, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento, así como la transferencia de dichos datos a los coaseguradores y reaseguradores de mis pólizas de seguros y a los países en donde, por razones de eficiencia y almacenamiento, se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA.
2. AUTORIZO que mis datos personales sean transferidos o divulgados a las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz de LA ASEGURADORA para las finalidades que me han sido informadas.
3. AUTORIZO a consultar y reportar información relativa a mi comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Bajo la gravedad de juramento declaro haber leído, entendido y aceptado lo señalado en el presente documento, así mismo declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes. Firmo como constancia



Luis Salazar

79.829.483

Firma Cliente o Representante Legal

C.C.

Nota: Espacio exclusivamente a ser diligenciado por la Aseguradora y/o Intermediario

9. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA:	FECHA ENTREVISTA: DD MM AAAA	HORA:
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Contacto directo con el cliente)	RESULTADO ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA	C.C. No.	
OBSERVACIONES:		

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO.
FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES
C.C. No.
OBSERVACIONES:

ANEXO 1. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

Si usted es Persona Públicamente Expuesta por favor suministre la siguiente información:

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Si usted goza de reconocimiento público, por favor especifique el motivo de reconocimiento:

Si usted está vinculado a una persona que goza de reconocimiento público, por favor especifique la siguiente información:

Nombre	Tipo de ID	Número de ID
--------	------------	--------------

Especifique motivo de reconocimiento

Si usted está vinculado con una Persona Expuesta Políticamente de acuerdo con la definición del Decreto 1674 de 2016 (ver pie de página) por favor diligencie la siguiente información:

Vínculo	Nombre	Tipo de ID	Número de ID
---------	--------	------------	--------------

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - PERSONA NATURAL
ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.



FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
SUCURSAL	DD 13	MM 07	AAAA 2020

CLASE DE VINCULACIÓN TOMADOR ASEGURADO BENEFICIARIO APODERADO AFIANZADO

INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	PERSONAL
TOMADOR - ASEGURADO-AFIANZADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco. De no poseer la información, favor registre No Aplica (N.A)

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO GALINDO	SEGUNDO APELLIDO BOLIVAR	PRIMER NOMBRE RAQUEL	SEGUNDO NOMBRE SOFIA
C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		NUMERO: 52315598	LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTA DC
FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/1973	NACIONALIDAD 1: COLOMBIANO	NACIONALIDAD 2:	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN: TRABAJADORA
ESTADO CIVIL: CASADO <input checked="" type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> SEPARADO <input type="radio"/> VIUDO <input type="radio"/>	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CALLE 76 No. 34 - 86 SUR		CIUDAD DE RESIDENCIA BOGOTA, D.C
TELÉFONO 3102906818	CELULAR 3102906818	EMAIL jasbleidy258@gmail.com	
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO <input type="radio"/> ESTUDIANTE <input type="radio"/> AMA DE CASA <input type="radio"/> RENTISTA <input type="radio"/> PENSIONADO <input checked="" type="radio"/> INDEPENDIENTE <input type="radio"/>		SI ES INDEPENDIENTE, ESPECIFIQUE: TEXTIL	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA N/A		CARGO N/A	
CIUDAD N/A	DIRECCIÓN N/A	TELÉFONO N/A	FAX N/A

Nota: Diligenciar la información financiera en pesos

INGRESOS MENSUALES	\$ 3.000.000	ACTIVOS	\$ 5.000.000
EGRESOS MENSUALES	\$ 1.000.000	PASIVOS	\$ 1.000.000
OTROS INGRESOS	\$ N/A	CONCEPTO OTROS INGRESOS	N/A

ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES SI NO ESPECIFIQUE EL PAÍS:

Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de PEP en el pie de página*) SI NO Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de vinculado en el pie de página**) SI NO

Si su respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es afirmativa, por favor diligencie el Anexo 1

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN TIPO TRANSACCIONES:
MONEDA EXTRANJERA? SI NO IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS OTRO CUAL?:

TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO
Especifique los productos financieros en el siguiente cuadro:

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LA RIQUEZA Y DESTINO DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Los recursos y la riqueza que poseo proviene de las siguientes fuente (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): N/A
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinan a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. TRATAMIENTO DE DATOS – DECLARACIONES Y FINALIDADES

Para efectos de las siguientes declaraciones se considera Responsable del Tratamiento de Datos ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A, NIT 860.002.534-0 domiciliada en la Calle 116 # 7-15 Interior 2 Oficina 1401 de Bogotá, Tel 5188482, en adelante, LA ASEGURADORA.

1. Declaraciones previas

Declaro que he sido informado de lo siguiente: 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 literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, los principios y disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos 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; 3. 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; 4. Que el capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, que regula el conocimiento del cliente, exige la recolección de datos personales y datos biométricos por parte de LA ASEGURADORA. 5. Que LA ASEGURADORA cuenta con Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en sus página web www.zurichseguros.com.co o en su defecto puedo solicitarlas directamente a través de cualquiera de sus medios de contacto; 6. Que como titular de los datos me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a mis datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que han sido objeto de Tratamiento. 7. Que tratándose del suministro de información de datos personales sobre niños, niñas y adolescentes que yo efectúe, la misma será tratada y usada adecuadamente, respetando su interés superior y sus derechos fundamentales; 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 9. Que, por razones de eficiencia y almacenamiento de datos, LA ASEGURADORA puede requerir transmitir o transferir los datos personales a los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA. 10. Que por cuestiones administrativas, de control, legales o de índole comercial, LA ASEGURADORA puede requerir la divulgación o la transferencia de datos personales a sus filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz. 11. Que para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA y en los que intervengan el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro puede requerir transmitir o transferir los datos personales a ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros 12. Que por iniciativas gremiales, FASECOLDA, INIF e INVERFAS S.A administran bases de datos para el sector asegurador para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales, y demás actividades que suman al ejercicio de la actividad aseguradora.

* PEP - Persona Expuesta Públicamente: 1) Las Personas Expuestas Políticamente de acuerdo con el Decreto 1674 de 2016, es decir, aquellos 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; 2) Los representantes de organizaciones internacionales y 3) Las personas que gozan de reconocimiento público.
**Vinculado: las personas que tengan sociedad conyugal de hecho o de derecho, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos), segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros y cuñados) y primero civil (padres adoptantes e hijos adoptivos) con una Persona Expuesta Públicamente.

2. Finalidad Del Tratamiento De Datos Personales:

Declaro así mismo que he sido informado que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, directamente o a través de Encargados con los que haya contratado, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como Tomador, Asegurado y/o Beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con LA ASEGURADORA y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción 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) En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de Coaseguradores y/o Reaseguradores y/o ajustadores. 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 otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con LA ASEGURADORA. x) Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo xii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial xiv) Mantenimiento de la relación comercial en desarrollo de actividades publicitarias o de conocimiento, oferta de productos o servicios nuevos o actuales, gestión de cobro, recordatorios de pago, vencimientos y renovaciones a través de correspondencia, correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), contacto telefónico y otros, de manera directa o a través de terceros autorizados por LA ASEGURADORA.

6. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 100%
2. Los demás documentos que por políticas de suscripción sean solicitados por la Aseguradora y/o el Intermediario de seguros.
3. Relación de bienes objeto del seguro

7. AUTORIZACIONES ESPECIALES

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales para que me sean enviadas ofertas comerciales de LA ASEGURADORA o en conjunto con sus aliados comerciales
SI NO

Autorizo expresa e inequívocamente a transferir mis datos a Fasecolda, INIF e Inverfas S.A, como entidades gremiales del sector asegurador, para que dichas compañías traten mis datos personales en los términos y para las finalidades descritos en el numeral 12 de las Declaraciones Previas de este formulario. SI NO

8. FIRMA Y HUELLA

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y declaraciones de manera expresa:

1. AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles que hayan sido suministrados voluntariamente, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento, así como la transferencia de dichos datos a los coaseguradores y reaseguradores de mis pólizas de seguros y a los países en donde, por razones de eficiencia y almacenamiento, se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contralados por LA ASEGURADORA.
2. AUTORIZO que mis datos personales sean transferidos o divulgados a las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz de LA ASEGURADORA para las finalidades que me han sido informadas.
3. AUTORIZO a consultar y reportar información relativa a mi comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Bajo la gravedad de juramento declaro haber leído, entendido y aceptado lo señalado en el presente documento, así mismo declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes. Firmo como constancia



Huella del dedo que se indica en el documento de identificación

Raquel Soledad Galindo Bolívar 52316598
Firma Cliente o Representante Legal C.C.

Nota: Espacio exclusivamente a ser diligenciado por la Aseguradora y/o Intermediario

9. INFORMACIÓN ENTREVISTA				10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
LUGAR DE LA ENTREVISTA:	FECHA ENTREVISTA: DD MM AAAA	HORA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO.		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Contacto directo con el cliente)	RESULTADO ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES			
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA	C.C. No.	C.C. No.			
OBSERVACIONES:			OBSERVACIONES:		

ANEXO 1. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

Si usted es Persona Públicamente Expuesta por favor suministre la siguiente información:

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Si usted goza de reconocimiento público, por favor especifique el motivo de reconocimiento:

Si usted está vinculado a una persona que goza de reconocimiento público, por favor especifique la siguiente información:

Nombre	Tipo de ID	Número de ID	
Especifique motivo de reconocimiento			

Si usted está vinculado con una **Persona Expuesta Políticamente** de acuerdo con la definición del Decreto 1674 de 2016 (ver pie de página) por favor diligencie la siguiente información:

Vinculo	Nombre	Tipo de ID	Número de ID				
Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - PERSONA NATURAL
ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.



FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
SUCURSAL DD MM AAAA
13 07 2020

CLASE DE VINCULACIÓN TOMADOR ASEGURADO BENEFICIARIO APODERADO AFIANZADO
INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	PERSONAL
TOMADOR - ASEGURADO-AFIANZADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco. De no poseer la información, favor registre No Aplica (N.A)

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO SALAZAR SEGUNDO APELLIDO FUERTE PRIMER NOMBRE SAMUEL SEGUNDO NOMBRE ESTEBAN
 C.C. C.E. T.I. R.C. PASAPORTE OTRO NUMERO: 1022382247 LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTA DC SEXO F M
 FECHA DE NACIMIENTO: 08/12 NACIONALIDAD 1: COLOMBIANO NACIONALIDAD 2: OCUPACIÓN / PROFESIÓN: TRABAJADOR
 ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 76 No. 34 - 86 SUR CIUDAD DE RESIDENCIA: BOGOTA, D.C
 TELÉFONO 3102906818 CELULAR 3102906818 EMAIL s_a_m_u_e-l@hotmail.com
 ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE SI ES INDEPENDIENTE, ESPECIFIQUE:
 NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA ASEISAN LTDA CARGO SUPERVISOR
 CIUDAD BOGOTÁ DIRECCIÓN Cra 58 No. 128 A 79 TELÉFONO 6133071 FAX

Nota: Diligenciar la información financiera en pesos

INGRESOS MENSUALES \$ 1.300.000 ACTIVOS \$ 3.000.000
 EGRESOS MENSUALES \$ 1.200.000 PASIVOS \$ 14.000.000
 OTROS INGRESOS \$ CONCEPTO OTROS INGRESOS 0

ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES SI NO ESPECIFIQUE EL PAÍS:
 Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de PEP en el pie de página*) SI NO Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de vinculado en el pie de página**) SI NO
 Si su respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es afirmativa, por favor diligencie el Anexo 1

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN TIPO TRANSACCIONES:
 MONEDA EXTRANJERA? SI NO IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS OTRO CUAL?:
 TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO
 Especifique los productos financieros en el siguiente cuadro:

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LA RIQUEZA Y DESTINO DE FONDOS

Declaro expresamente que:
 1. Los recursos y la riqueza que poseo proviene de las siguientes fuente (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
 3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
 4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. TRATAMIENTO DE DATOS - DECLARACIONES Y FINALIDADES

Para efectos de las siguientes declaraciones se considera Responsable del Tratamiento de Datos ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A, NIT 860.002.534-0 domiciliada en la Calle 116 # 7-15 Interior 2 Oficina 1401 de Bogotá, Tel 5188482, en adelante, LA ASEGURADORA.

1. Declaraciones previas

Declaro que he sido informado de lo siguiente: 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 literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, los principios y disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos 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; 3. 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; 4. Que el capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, que regula el conocimiento del cliente, exige la recolección de datos personales y datos biométricos por parte de LA ASEGURADORA. 5. Que LA ASEGURADORA cuenta con Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en sus página web www.zurichseguros.com.co o en su defecto puedo solicitarlas directamente a través de cualquiera de sus medios de contacto; 6. Que como titular de los datos me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a mis datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que han sido objeto de Tratamiento. 7. Que tratándose del suministro de información de datos personales sobre niños, niñas y adolescentes que yo efectúe, la misma será tratada y usada adecuadamente, respetando su interés superior y sus derechos fundamentales; 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 9. Que, por razones de eficiencia y almacenamiento de datos, LA ASEGURADORA puede requerir transmitir o transferir los datos personales a los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA. 10. Que por cuestiones administrativas, de control, legales o de índole comercial, LA ASEGURADORA puede requerir la divulgación o la transferencia de datos personales a sus filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz. 11. Que para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA y en los que intervengan el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro puede requerir transmitir o transferir los datos personales a ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros 12. Que por iniciativas gremiales, FASECOLDA, INIF e INVERFAS S.A administran bases de datos para el sector asegurador para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales, y demás actividades que suman al ejercicio de la actividad aseguradora.

2. Finalidad Del Tratamiento De Datos Personales:

Declaro así mismo que he sido informado que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, directamente o a través de Encargados con los que haya contratado, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como Tomador, Asegurado y/o Beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con LA ASEGURADORA y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción 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) En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de Coaseguradores y/o Reaseguradores y/o ajustadores. 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 otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con LA ASEGURADORA. x) Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo xii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial xiii) Mantenimiento de la relación comercial en desarrollo de actividades publicitarias o de conocimiento, oferta de productos o servicios nuevos o actuales, gestión de cobro, recordatorios de pago, vencimientos y renovaciones a través de correspondencia, correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), contacto telefónico y otros, de manera directa o a través de terceros autorizados por LA ASEGURADORA.

6. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 100%
2. Los demás documentos que por políticas de suscripción sean solicitados por la Aseguradora y/o el Intermediario de seguros.
3. Relación de bienes objeto del seguro

7. AUTORIZACIONES ESPECIALES

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales para que me sean enviadas ofertas comerciales de LA ASEGURADORA o en conjunto con sus aliados comerciales SI NO

Autorizo expresa e inequívocamente a transferir mis datos a Fasecolda, INIF e Inverta S.A, como entidades gremiales del sector asegurador, para que dichas compañías traten mis datos personales en los términos y para las finalidades descritos en el numeral 12 de las Declaraciones Previas de este formulario. SI NO

8. FIRMA Y HUELLA

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y declaraciones de manera expresa:

1. AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles que hayan sido suministrados voluntariamente, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento, así como la transferencia de dichos datos a los coaseguradores y reaseguradores de mis pólizas de seguros y a los países en donde, por razones de eficiencia y almacenamiento, se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores controlados por LA ASEGURADORA.
2. AUTORIZO que mis datos personales sean transferidos o divulgados a las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz de LA ASEGURADORA para las finalidades que me han sido informadas.
3. AUTORIZO a consultar y reportar información relativa a mi comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Bajo la gravedad de juramento declaro haber leído, entendido y aceptado lo señalado en el presente documento, así mismo declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes. Firmo como constancia

Samuel Salazar

1622382247

Firma Cliente o Representante Legal

C.C.



Huella del dedo que se indica en el documento de identificación

Nota: Espacio exclusivamente a ser diligenciado por la Aseguradora y/o Intermediario

9. INFORMACIÓN ENTREVISTA				10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
LUGAR DE LA ENTREVISTA:	FECHA ENTREVISTA: DD MM AAAA	HORA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO.		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Contacto directo con el cliente)	RESULTADO ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES			
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA	C.C. No.	C.C. No.			
OBSERVACIONES:			OBSERVACIONES:		

ANEXO 1. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

Si usted es Persona Públicamente Expuesta por favor suministre la siguiente información:

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Si usted goza de reconocimiento público, por favor especifique el motivo de reconocimiento:

Si usted está vinculado a una persona que goza de reconocimiento público, por favor especifique la siguiente información:

Nombre	Tipo de ID	Número de ID
--------	------------	--------------

Especifique motivo de reconocimiento

Si usted está vinculado con una **Persona Expuesta Políticamente** de acuerdo con la definición del Decreto 1674 de 2016 (ver pie de página) por favor diligencie la siguiente información:

Vinculo	Nombre	Tipo de ID	Número de ID
---------	--------	------------	--------------

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - PERSONA NATURAL
ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.



FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
SUCURSAL BOGOTA DD 23 MM 07 AAAA 2020

CLASE DE VINCULACIÓN TOMADOR ASEGURADO BENEFICIARIO APODERADO AFIANZADO
INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	PERSONAL
TOMADOR - ASEGURADO-AFIANZADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco. De no poseer la información, favor registre No Aplica (N.A)

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO SALAZAR SEGUNDO APELLIDO GALINDO PRIMER NOMBRE ANGIE SEGUNDO NOMBRE JASBLEIDY

C.C. C.E. T.I. R.C. PASAPORTE OTRO NUMERO: 100062272 LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTA SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO: 24/10/1997 NACIONALIDAD 1: COLOMBIANO NACIONALIDAD 2: N/A OCUPACIÓN / PROFESIÓN: TRABAJADORA Y ESTUDIANTE

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 76 No. 34 - 86 SUR CIUDAD DE RESIDENCIA: BOGOTA, D.C

TELÉFONO 3132117159 CELULAR 3132117159 EMAIL jasbleidy258@gmail.com

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE SI ES INDEPENDIENTE, ESPECIFIQUE: N/A

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA PRAMEC SAS CARGO N/A

CIUDAD BOGOTA, D.C DIRECCIÓN CALLE 17 BIS No. 126A - 70 INT 4 Y 5 TELÉFONO 7564567 FAX N/A

Nota: Diligenciar la información financiera en pesos

INGRESOS MENSUALES \$ 1.000.000 ACTIVOS \$ N/A

EGRESOS MENSUALES \$ 700.000 PASIVOS \$ N/A

OTROS INGRESOS \$ N/A CONCEPTO OTROS INGRESOS N/A

ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES SI NO ESPECIFIQUE EL PAÍS: N/A

Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de PEP en el pie de página*) SI NO Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de vinculado en el pie de página**) SI NO

Si su respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es afirmativa, por favor diligencie el Anexo 1

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN TIPO TRANSACCIONES: MONEDA EXTRANJERA? SI NO IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS OTRO CUAL?:

TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO Especifique los productos financieros en el siguiente cuadro:

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LA RIQUEZA Y DESTINO DE FONDOS

Declaro expresamente que: 1. Los recursos y la riqueza que poseo proviene de las siguientes fuente (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): **ACTIVIDAD LABORAL**

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. TRATAMIENTO DE DATOS - DECLARACIONES Y FINALIDADES

Para efectos de las siguientes declaraciones se considera Responsable del Tratamiento de Datos ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A, NIT 860.002.534-0 domiciliada en la Calle 116 # 7-15 Interior 2 Oficina 1401 de Bogotá, Tel 5188482, en adelante, LA ASEGURADORA.

1. Declaraciones previas

Declaro que he sido informado de lo siguiente: 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 literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, los principios y disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos 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; 3. 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; 4. Que el capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, que regula el conocimiento del cliente, exige la recolección de datos personales y datos biométricos por parte de LA ASEGURADORA. 5. Que LA ASEGURADORA cuenta con Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en su página web www.zurichseguros.com.co o en su defecto puedo solicitarlas directamente a través de cualquiera de sus medios de contacto; 6. Que como titular de los datos me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a mis datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que han sido objeto de Tratamiento. 7. Que tratándose del suministro de información de datos personales sobre niños, niñas y adolescentes que yo efectúe, la misma será tratada y usada adecuadamente, respetando su interés superior y sus derechos fundamentales; 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 9. Que, por razones de eficiencia y almacenamiento de datos, LA ASEGURADORA puede requerir transmitir o transferir los datos personales a los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA. 10. Que por cuestiones administrativas, de control, legales o de índole comercial, LA ASEGURADORA puede requerir la divulgación o la transferencia de datos personales a sus filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz. 11. Que para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA y en los que intervengan el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro puede requerir transmitir o transferir los datos personales a ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. 12. Que por iniciativas gremiales, FASECOLDA, INIF e INVERFAS S.A administran bases de datos para el sector asegurador para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales, y demás actividades que suman al ejercicio de la actividad aseguradora.

OFIXPRES NIT. 860.158.828-4 SUS-097 - Octubre-2018

* PEP - Persona Expuesta Públicamente: 1) Las Personas Expuestas Políticamente de acuerdo con el Decreto 1674 de 2016, es decir, aquellos 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; 2) Los representantes de organizaciones internacionales y 3) Las personas que gozan de reconocimiento público.

**Vinculado: las personas que tengan sociedad conyugal de hecho o de derecho, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos), segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros y cuñados) y primero civil (padres adoptantes e hijos adoptivos) con una Persona Expuesta Públicamente.

2. Finalidad Del Tratamiento De Datos Personales:

Declaro así mismo que he sido informado que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, directamente o a través de Encargados con los que haya contratado, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como Tomador, Asegurado y/o Beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con LA ASEGURADORA y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción 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) En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de Coaseguradores y/o Reaseguradores y/o ajustadores. 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 otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con LA ASEGURADORA. x) Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo xii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial xiv) Mantenimiento de la relación comercial en desarrollo de actividades publicitarias o de conocimiento, oferta de productos o servicios nuevos o actuales, gestión de cobro, recordatorios de pago, vencimientos y renovaciones a través de correspondencia, correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), contacto telefónico y otros, de manera directa o a través de terceros autorizados por LA ASEGURADORA.

6. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 100%
2. Los demás documentos que por políticas de suscripción sean solicitados por la Aseguradora y/o el Intermediario de seguros.
3. Relación de bienes objeto del seguro

7. AUTORIZACIONES ESPECIALES

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales para que me sean enviadas ofertas comerciales de LA ASEGURADORA o en conjunto con sus aliados comerciales
SI NO

Autorizo expresa e inequívocamente a transferir mis datos a Fasecolda, INIF e Inverfas S.A, como entidades gremiales del sector asegurador, para que dichas compañías traten mis datos personales en los términos y para las finalidades descritos en el numeral 12 de las Declaraciones Previas de este formulario. SI NO

8. FIRMA Y HUELLA

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y declaraciones de manera expresa:

1. AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles que hayan sido suministrados voluntariamente, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento, así como la transferencia de dichos datos a los coaseguradores y reaseguradores de mis pólizas de seguros y a los países en donde, por razones de eficiencia y almacenamiento, se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contralados por LA ASEGURADORA.
2. AUTORIZO que mis datos personales sean transferidos o divulgados a las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz de LA ASEGURADORA para las finalidades que me han sido informadas.
3. AUTORIZO a consultar y reportar información relativa a mi comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Bajo la gravedad de juramento declaro haber leído, entendido y aceptado lo señalado en el presente documento, así mismo declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes. Firmo como constancia



Huella del dedo que se indica en el documento de identificación

Angie Jasbleidy Salazar
Firma Cliente o Representante Legal

1000062272
C.C.

Nota: Espacio exclusivamente a ser diligenciado por la Aseguradora y/o Intermediario

9. INFORMACIÓN ENTREVISTA				10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN			
LUGAR DE LA ENTREVISTA:	FECHA ENTREVISTA: DD MM AAAA	HORA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO.				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Contacto directo con el cliente)	RESULTADO ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES					
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA	C.C. No.	C.C. No.					
OBSERVACIONES:		OBSERVACIONES:					

ANEXO 1. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

Si usted es Persona Públicamente Expuesta por favor suministre la siguiente información:

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Si usted goza de reconocimiento público, por favor especifique el motivo de reconocimiento:

Si usted está vinculado a una persona que goza de reconocimiento público, por favor especifique la siguiente información:

Nombre	Tipo de ID	Número de ID
--------	------------	--------------

Especifique motivo de reconocimiento

Si usted está vinculado con una **Persona Expuesta Políticamente** de acuerdo con la definición del Decreto 1674 de 2016 (ver pie de página) por favor diligencie la siguiente información:

Vínculo	Nombre	Tipo de ID	Número de ID
---------	--------	------------	--------------

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - PERSONA NATURAL
ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
SUCURSAL BOGOTÁ	DD 23	MM 07	AAAA 2020

CLASE DE VINCULACIÓN	TOMADOR <input type="radio"/>	ASEGURADO <input type="radio"/>	BENEFICIARIO <input checked="" type="radio"/>	APODERADO <input type="radio"/>	AFIANZADO <input type="radio"/>
----------------------	-------------------------------	---------------------------------	---	---------------------------------	---------------------------------

INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	PERSONAL
TOMADOR - ASEGURADO-AFIANZADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco. De no poseer la información, favor registre No Aplica (N.A)
1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO SALAZAR	SEGUNDO APELLIDO GALINDO	PRIMER NOMBRE JENNY	SEGUNDO NOMBRE SOFIA
C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		NUMERO: 1000062273	LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ
FECHA DE NACIMIENTO: 23/12/1998	NACIONALIDAD 1: COLOMBIANO	NACIONALIDAD 2: N/A	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN: SECRETARIA
ESTADO CIVIL: CASADO <input type="radio"/> SOLTERO <input checked="" type="radio"/> SEPARADO <input type="radio"/> VIUDO <input type="radio"/>	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CALLE 76 NO. 34 - 86 SUR		CIUDAD DE RESIDENCIA BOGOTÁ
TELÉFONO 3212791980	CELULAR 3212791980	EMAIL jenni.sofia1902@hotmail.com	
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO <input checked="" type="radio"/> ESTUDIANTE <input type="radio"/> AMA DE CASA <input type="radio"/> RENTISTA <input type="radio"/> PENSIONADO <input type="radio"/> INDEPENDIENTE <input type="radio"/>		SI ES INDEPENDIENTE, ESPECIFIQUE: N/A	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA Financiera de Desarrollo Nacional		CARGO Asistente Vp de Estructuración	
CIUDAD BOGOTÁ	DIRECCIÓN CRA 7 NO 71-52	TELÉFONO 3264999	FAX N/A

Nota: Diligenciar la información financiera en pesos

INGRESOS MENSUALES	\$ 1.800.000	ACTIVOS	\$ 0
EGRESOS MENSUALES	\$ 1.000.000	PASIVOS	\$ 2.000.000
OTROS INGRESOS	\$ 0	CONCEPTO OTROS INGRESOS	N/A

ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	ESPECIFIQUE EL PAÍS: N/A
--	--	-----------------------------

Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de PEP en el pie de página*)	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de vinculado en el pie de página**)	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
--	--	---	--

Si su respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es afirmativa, por favor diligencie el Anexo 1

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	TIPO TRANSACCIONES: IMPORTACIONES <input type="radio"/> EXPORTACIONES <input type="radio"/> INVERSIONES <input type="radio"/> TRANSFERENCIAS <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> CUAL?:
TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	ESPECIFIQUE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL SIGUIENTE CUADRO:

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LA RIQUEZA Y DESTINO DE FONDOS
Declaro expresamente que:

- Los recursos y la riqueza que poseo proviene de las siguientes fuente (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): **ACTIVIDAD LABORAL**
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPañÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. TRATAMIENTO DE DATOS – DECLARACIONES Y FINALIDADES

Para efectos de las siguientes declaraciones se considera Responsable del Tratamiento de Datos ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A, NIT 860.002.534-0 domiciliada en la Calle 116 # 7-15 Interior 2 Oficina 1401 de Bogotá, Tel 5188482, en adelante, LA ASEGURADORA.

1. Declaraciones previas

Declaro que he sido informado de lo siguiente: 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 literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, los principios y disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos 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; 3. 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; 4. Que el capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, que regula el conocimiento del cliente, exige la recolección de datos personales y datos biométricos por parte de LA ASEGURADORA. 5. Que LA ASEGURADORA cuenta con Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en sus página web www.zurichseguros.com.co o en su defecto puedo solicitarlas directamente a través de cualquiera de sus medios de contacto; 6. Que como titular de los datos me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a mis datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que han sido objeto de Tratamiento. 7. Que tratándose del suministro de información de datos personales sobre niños, niñas y adolescentes que yo efectúe, la misma será tratada y usada adecuadamente, respetando su interés superior y sus derechos fundamentales; 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 9. Que, por razones de eficiencia y almacenamiento de datos, LA ASEGURADORA puede requerir transmitir o transferir los datos personales a los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA. 10. Que por cuestiones administrativas, de control, legales o de índole comercial, LA ASEGURADORA puede requerir la divulgación o la transferencia de datos personales a sus filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz. 11. Que para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA y en los que intervengan el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro puede requerir transmitir o transferir los datos personales a ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros 12. Que por iniciativas gremiales, FASECOLDA, INIF e INVERFAS S.A administran bases de datos para el sector asegurador para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales, y demás actividades que suman al ejercicio de la actividad aseguradora.

* PEP - Persona Expuesta Públicamente: 1) Las Personas Expuestas Políticamente de acuerdo con el Decreto 1674 de 2016, es decir, aquellos 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; 2) Los representantes de organizaciones internacionales y 3) Las personas que gozan de reconocimiento público.

**Vinculado: las personas que tengan sociedad conyugal de hecho o de derecho, los familiares hasta el segundo grado de consanguineidad (padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos), segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros y cuñados) y primero civil (padres adoptantes e hijos adoptivos) con una Persona Expuesta Públicamente.

2. Finalidad Del Tratamiento De Datos Personales:

Declaro así mismo que he sido informado que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, directamente o a través de Encargados con los que haya contratado, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como Tomador, Asegurado y/o Beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con LA ASEGURADORA y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción 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) En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de Coaseguradores y/o Reaseguradores y/o ajustadores. 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 otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con LA ASEGURADORA. x) Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo xii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial xiii) Mantenimiento de la relación comercial en desarrollo de actividades publicitarias o de conocimiento, oferta de productos o servicios nuevos o actuales, gestión de cobro, recordatorios de pago, vencimientos y renovaciones a través de correspondencia, correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), contacto telefónico y otros, de manera directa o a través de terceros autorizados por LA ASEGURADORA.

6. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 100%
2. Los demás documentos que por políticas de suscripción sean solicitados por la Aseguradora y/o el Intermediario de seguros.
3. Relación de bienes objeto del seguro

7. AUTORIZACIONES ESPECIALES

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales para que me sean enviadas ofertas comerciales de LA ASEGURADORA o en conjunto con sus aliados comerciales
 SI NO

Autorizo expresa e inequívocamente a transferir mis datos a Fasecolda, INIF e Inverfas S.A, como entidades gremiales del sector asegurador, para que dichas compañías traten mis datos personales en los términos y para las finalidades descritos en el numeral 12 de las Declaraciones Previas de este formulario. SI NO

8. FIRMA Y HUELLA

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y declaraciones de manera expresa:

1. AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles que hayan sido suministrados voluntariamente, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento, así como la transferencia de dichos datos a los coaseguradores y reaseguradores de mis pólizas de seguros y a los países en donde, por razones de eficiencia y almacenamiento, se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contralados por LA ASEGURADORA.
2. AUTORIZO que mis datos personales sean transferidos o divulgados a las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz de LA ASEGURADORA para las finalidades que me han sido informadas.
3. AUTORIZO a consultar y reportar información relativa a mi comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Bajo la gravedad de juramento declaro haber leído, entendido y aceptado lo señalado en el presente documento, así mismo declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes. Firmo como constancia

Jofia Salazar

1000062273

Firma Cliente o Representante Legal

C.C.



Huella del dedo que se indica en el documento de identificación

Nota: Espacio exclusivamente a ser diligenciado por la Aseguradora y/o Intermediario

9. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA:	FECHA ENTREVISTA: DD MM AAAA	HORA:
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Contacto directo con el cliente)	RESULTADO ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA	C.C. No.	
OBSERVACIONES:		

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO.
FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES
C.C. No.
OBSERVACIONES:

ANEXO 1. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

Si usted es Persona Públicamente Expuesta por favor suministre la siguiente información:

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
	Asistente Vp de Estructuración	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Si usted goza de reconocimiento público, por favor especifique el motivo de reconocimiento:

Si usted está vinculado a una persona que goza de reconocimiento público, por favor especifique la siguiente información:

Nombre	Tipo de ID	Número de ID
Especifique motivo de reconocimiento		

Si usted está vinculado con una Persona Expuesta Políticamente de acuerdo con la definición del Decreto 1674 de 2016 (ver pie de página) por favor diligencie la siguiente información:

Vínculo	Nombre	Tipo de ID	Número de ID				
Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - PERSONA NATURAL
ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.



FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
SUCURSAL MANIZALES DD 23 MM 07 AAAA 2020

CLASE DE VINCULACIÓN TOMADOR ASEGURADO BENEFICIARIO APODERADO AFIANZADO

INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	PERSONAL
TOMADOR - ASEGURADO-AFIANZADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco. De no poseer la información, favor registre No Aplica (N.A)

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO GARCIA SEGUNDO APELLIDO VALENCIA PRIMER NOMBRE CESAR SEGUNDO NOMBRE AUGUSTO

C.C. C.E. T.I. R.C. PASAPORTE OTRO NUMERO: 10.117.198 LUGAR DE EXPEDICIÓN: PEREIRA SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO: 24/12/164 NACIONALIDAD 1: COLOMBIANO NACIONALIDAD 2: OCUPIACIÓN / PROFESIÓN: ABOGADO

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 22 No. 23-33 EDIFICIO GUACAICA CIUDAD DE RESIDENCIA MANIZALES

TELÉFONO 3137917902 CELULAR 3137917902 EMAIL cegaval59@hotmail.com

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE SI ES INDEPENDIENTE, ESPECIFIQUE: ABOGADO LITIGANTE

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA N/A CARGO N/A

CIUDAD N/A DIRECCIÓN N/A TELÉFONO N/A FAX N/A

Nota: Diligenciar la información financiera en pesos

INGRESOS MENSUALES \$ 2.700.000 ACTIVOS \$ 400.000.000

EGRESOS MENSUALES \$ 2.200.000 PASIVOS \$ 120.000.000

OTROS INGRESOS \$ N/A CONCEPTO OTROS INGRESOS PENSION

ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES SI NO ESPECIFIQUE EL PAÍS: N/A

Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de PEP en el pie de página*) SI NO Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de vinculado en el pie de página**) SI NO

Si su respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es afirmativa, por favor diligencie el Anexo 1

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN TIPO TRANSACCIONES: MONEDA EXTRANJERA? SI NO IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS OTRO CUAL?: N/A

TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO Especifique los productos financieros en el siguiente cuadro:

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LA RIQUEZA Y DESTINO DE FONDOS

Declaro expresamente que: PENSION

- Los recursos y la riqueza que poseo proviene de las siguientes fuente (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. TRATAMIENTO DE DATOS - DECLARACIONES Y FINALIDADES

Para efectos de las siguientes declaraciones se considera Responsable del Tratamiento de Datos ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A, NIT 860.002.534-0 domiciliada en la Calle 116 # 7-15 Interior 2 Oficina 1401 de Bogotá, Tel 5188482, en adelante, LA ASEGURADORA.

1. Declaraciones previas

Declaro que he sido informado de lo siguiente: 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 literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, los principios y disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos 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; 3. 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; 4. Que el capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, que regula el conocimiento del cliente, exige la recolección de datos personales y datos biométricos por parte de LA ASEGURADORA. 5. Que LA ASEGURADORA cuenta con Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en sus página web www.zurichseguros.com.co o en su defecto puedo solicitarlas directamente a través de cualquiera de sus medios de contacto; 6. Que como titular de los datos me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a mis datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que han sido objeto de Tratamiento. 7. Que tratándose del suministro de información de datos personales sobre niños, niñas y adolescentes que yo efectúe, la misma será tratada y usada adecuadamente, respetando su interés superior y sus derechos fundamentales; 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 9. Que, por razones de eficiencia y almacenamiento de datos, LA ASEGURADORA puede requerir transmitir o transferir los datos personales a los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA. 10. Que por cuestiones administrativas, de control, legales o de índole comercial, LA ASEGURADORA puede requerir la divulgación o la transferencia de datos personales a sus filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz. 11. Que para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA y en los que intervengan el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro puede requerir transmitir o transferir los datos personales a ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros 12. Que por iniciativas gremiales, FASECOLDA, INIF e INVERFAS S.A administran bases de datos para el sector asegurador para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales, y demás actividades que suman al ejercicio de la actividad aseguradora.

OFIXPRES NIT. 999.156.629-1

SUS-097 - Octubre-2018

* PEP - Persona Expuesta Públicamente: 1) Las Personas Expuestas Políticamente de acuerdo con el Decreto 1674 de 2016, es decir, aquellos 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; 2) Los representantes de organizaciones internacionales y 3) Las personas que gozan de reconocimiento público.

**Vinculado: las personas que tengan sociedad conyugal de hecho o de derecho, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos), segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros y cuñados) y primero civil (padres adoptantes e hijos adoptivos) con una Persona Expuesta Públicamente.

2. Finalidad Del Tratamiento De Datos Personales:

Declaro así mismo que he sido informado que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, directamente o a través de Encargados con los que haya contratado, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como Tomador, Asegurado y/o Beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con LA ASEGURADORA y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción 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) En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de Coaseguradores y/o Reaseguradores y/o ajustadores. 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 otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con LA ASEGURADORA. x) Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo xii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial xiv) Mantenimiento de la relación comercial en desarrollo de actividades publicitarias o de conocimiento, oferta de productos o servicios nuevos o actuales, gestión de cobro, recordatorios de pago, vencimientos y renovaciones a través de correspondencia, correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), contacto telefónico y otros, de manera directa o a través de terceros autorizados por LA ASEGURADORA.

6. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 100%
2. Los demás documentos que por políticas de suscripción sean solicitados por la Aseguradora y/o el Intermediario de seguros.
3. Relación de bienes objeto del seguro

7. AUTORIZACIONES ESPECIALES

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales para que me sean enviadas ofertas comerciales de LA ASEGURADORA o en conjunto con sus aliados comerciales
 SI NO

Autorizo expresa e inequívocamente a transferir mis datos a Fasesolda, INIF e Inverfas S.A, como entidades gremiales del sector asegurador, para que dichas compañías traten mis datos personales en los términos y para las finalidades descritos en el numeral 12 de las Declaraciones Previas de esta formulario. SI NO

8. FIRMA Y HUELLA

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y declaraciones de manera expresa:

1. AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles que hayan sido suministrados voluntariamente, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento, así como la transferencia de dichos datos a los coaseguradores y reaseguradores de mis pólizas de seguros y a los países en donde, por razones de eficiencia y almacenamiento, se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA.
2. AUTORIZO que mis datos personales sean transferidos o divulgados a las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz de LA ASEGURADORA para las finalidades que me han sido informadas.
3. AUTORIZO a consultar y reportar información relativa a mi comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Bajo la gravedad de juramento declaro haber leído, entendido y aceptado lo señalado en el presente documento, así mismo declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes. Firmo como constancia

10.11.193

Firma Cliente o Representante Legal

C.C.



Huella del dedo que se indica en el documento de identificación

Nota: Espacio exclusivamente a ser diligenciado por la Aseguradora y/o Intermediario

9. INFORMACIÓN ENTREVISTA			10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
LUGAR DE LA ENTREVISTA:	FECHA ENTREVISTA: DD MM AAAA	HORA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO.	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Contacto directo con el cliente)	RESULTADO ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES		
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA	C.C. No.	C.C. No.		
OBSERVACIONES:		OBSERVACIONES:		

ANEXO 1. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

Si usted es Persona Públicamente Expuesta por favor suministre la siguiente información:

Entidad	Cargo N/A	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Si usted goza de reconocimiento público, por favor especifique el motivo de reconocimiento:

Si usted está vinculado a una persona que goza de reconocimiento público, por favor especifique la siguiente información:

Nombre	Tipo de ID	Número de ID
--------	------------	--------------

Especifique motivo de reconocimiento

Si usted está vinculado con una **Persona Expuesta Políticamente** de acuerdo con la definición del Decreto 1674 de 2016 (ver pie de página) por favor diligencie la siguiente información:

Vínculo	Nombre	Tipo de ID	Número de ID
---------	--------	------------	--------------

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

REPUBLICA DE COLOMBIA
 RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
 TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
 PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
FRANCISCO JAVIER RICAURTE GÓMEZ



NOMBRES:
CESAR AUGUSTO

APELLIDOS:
GARCIA VALENCIA

UNIVERSIDAD
DE MANIZALES

FECHA DE GRADO
22 de febrero de 2002

CONSEJO SECCIONAL
CALDAS

CEDULA
10117198

FECHA DE EXPEDICION
28 de mayo de 2002

TARJETA N°
114652

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 1998.

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

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

ZLS Aseguradora de Colombia S.A. NIT. 860.002.534-0
Carrera 7 No. 76-35, pisos 7, 8 y 9, Bogotá D.C. Colombia PBX
(57-1) 319 07 30 • Fax (57-1) 319 07 49

Línea servicio al cliente 01 8000 112 723
www.zurich.com

Nuevo Actualización Poder autorizando el pago (aplica solo para persona natural)

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos o razón social (tomador) **CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA**
Documento de identificación C.C C.E T.I PA Carné diplomático NIT Número documento **10.117.198**
Dirección **CALLE 22 No. 23-33 EDIFICIO GUACAICA OFICINA 303** Ciudad **MANIZALES**
Correo electrónico **cegaval59@hotmail.com** Fax Teléfono **3.137.917.902**

2. INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA (En la cual se autoriza a ZLS Aseguradora de Colombia S.A. para realizar la transferencia electrónica)

Banco **BBVA** Titular de la cuenta **CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA**
TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE FIDUCIARIA(*) Número de cuenta **638.258.640**

SI LOS DATOS NO ESTÁN CORRECTOS LA CONSIGNACIÓN SERÁ RECHAZADA POR EL BANCO

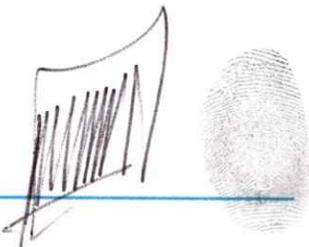
NOTA: LA CUENTA DEBE ESTAR ACTIVA Y HABILITADA PARA RECIBIR PAGOS ELECTRÓNICOS. LA CUENTA NO DEBE ESTAR EMBARGADA NI EN PROCESO JUDICIAL.

3. AUTORIZACIÓN

AUTORIZO A ZLA ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A. A CONSIGNAR EN LA CUENTA ARRIBA DESCRITA, LOS PAGOS QUE LA COMPAÑÍA TENGA A NUESTRO FAVOR, ASÍ MISMO ME COMPROMETO A MANTENER ACTUALIZADO EL NÚMERO DE LA CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS SEÑALADO.

MANIFIESTO QUE LA ANTERIOR CUENTA PERTENECE EXCLUSIVAMENTE AL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONSIGNADO EN ESTE FORMATO Y QUE LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, TITULAR DE LA MISMA, ES EL BENEFICIARIO REAL DE LOS PAGOS EFECTUADOS POR ZLA ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.

ATENTAMENTE,



FIRMA

NOMBRE

CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA

NIT

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

C.C.

10.117.198

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

ZLS Aseguradora de Colombia S.A. NIT. 860.002.534-0
Carrera 7 No. 76-35, pisos 7, 8 y 9, Bogotá D.C. Colombia PBX
(57-1) 319 07 30 • Fax (57-1) 319 07 49

Línea servicio al cliente 01 8000 112 723
www.zurich.com

Nuevo Actualización Poder autorizando el pago (aplica solo para persona natural)

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos o razón social (tomador) **LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO**
Documento de identificación C.C. C.E. T.I. PA Camé diplomático NIT Número documento **1.033.760.412**
Dirección **CARRERA 77 C No. 69 A -03 SUR** Ciudad **BOGOTA**
Correo electrónico **salazar9312@outlook.com** Fax Teléfono **7.807.304**

2. INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA (En la cual se autoriza a ZLS Aseguradora de Colombia S.A. para realizar la transferencia electrónica)

Banco **BBVA** Titular de la cuenta **CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA**
TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE FIDUCIARIA Número de cuenta **638.258.640**

SI LOS DATOS NO ESTÁN CORRECTOS LA CONSIGNACIÓN SERÁ RECHAZADA POR EL BANCO

NOTA: LA CUENTA DEBE ESTAR ACTIVA Y HABILITADA PARA RECIBIR PAGOS ELECTRÓNICOS. LA CUENTA NO DEBE ESTAR EMBARGADA NI EN PROCESO JUDICIAL.

3. AUTORIZACIÓN

AUTORIZO A ZLA ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A. A CONSIGNAR EN LA CUENTA ARRIBA DESCRITA, LOS PAGOS QUE LA COMPAÑÍA TENGA A NUESTRO FAVOR, ASÍ MISMO ME COMPROMETO A MANTENER ACTUALIZADO EL NÚMERO DE LA CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS SEÑALADO.

MANIFIESTO QUE LA ANTERIOR CUENTA PERTENECE EXCLUSIVAMENTE AL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONSIGNADO EN ESTE FORMATO Y QUE LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, TITULAR DE LA MISMA, ES EL BENEFICIARIO REAL DE LOS PAGOS EFECTUADOS POR ZLA ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.

ATENTAMENTE,

Luis Salazar



FIRMA

NOMBRE

LUIS ANDRES SALAZAR GALINDO

NIT

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

C.C.

1.033.760.412

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

ZLS Aseguradora de Colombia S.A. NIT. 860.002.534-0
Carrera 7 No. 76-35, pisos 7, 8 y 9, Bogotá D.C. Colombia PBX
(57-1) 319 07 30 • Fax (57-1) 319 07 49

Línea servicio al cliente 01 8000 112 723

www.zurich.com

Nuevo Actualización Poder autorizando el pago (aplica solo para persona natural)

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos o razón social (tomador)	JENNY SOFIA SALAZAR GALINDO		
Documento de identificación	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Carné diplomático <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	Número documento	1.000.062.273
Dirección	CARRERA 77 C No. 69 A -03 SUR	Ciudad	BOGOTA
Correo electrónico	jenni.sofia1902@hotmail.com m	Fax	
		Teléfono	3.132.117.159

2. INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA (En la cual se autoriza a ZLS Aseguradora de Colombia S.A. para realizar la transferencia electrónica)

Banco	BBVA	Titular de la cuenta	CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS <input checked="" type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> FIDUCIARIA ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	Número de cuenta	838.258.640

SI LOS DATOS NO ESTÁN CORRECTOS LA CONSIGNACIÓN SERÁ RECHAZADA POR EL BANCO

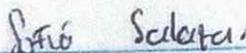
NOTA: LA CUENTA DEBE ESTAR ACTIVA Y HABILITADA PARA RECIBIR PAGOS ELECTRÓNICOS. LA CUENTA NO DEBE ESTAR EMBARGADA NI EN PROCESO JUDICIAL.

3. AUTORIZACIÓN

AUTORIZO A ZLA ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A. A CONSIGNAR EN LA CUENTA ARRIBA DESCRITA, LOS PAGOS QUE LA COMPAÑÍA TENGA A NUESTRO FAVOR, ASÍ MISMO ME COMPROMETO A MANTENER ACTUALIZADO EL NÚMERO DE LA CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS SEÑALADO.

MANIFIESTO QUE LA ANTERIOR CUENTA PERTENECE EXCLUSIVAMENTE AL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONSIGNADO EN ESTE FORMATO Y QUE LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, TITULAR DE LA MISMA, ES EL BENEFICIARIO REAL DE LOS PAGOS EFECTUADOS POR ZLA ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.

ATENTAMENTE,



FIRMA



NOMBRE

JENNY SOFIA SALAZAR GALINDO

NIT

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

C.C.

1.000.062.273

ZLS Aseguradora de Colombia S.A. (antes QBE Seguros S.A.) es una empresa del Grupo Zurich desde el 1 de febrero de 2019

VISA QBE SEGUROS S.A. 1000062273

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

ZLS Aseguradora de Colombia S.A. NIT. 860.002.534-0
Carrera 7 No. 76-35, pisos 7, 8 y 9, Bogotá D.C. Colombia PBX
(57-1) 319 07 30 - Fax (57-1) 319 07 49
Línea servicio al cliente 01 8000 112 723
www.zurich.com

Nuevo Actualización Poder autorizando el pago (aplica solo para persona natural)

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos o razón social (tomador) RAQUEL SOFIA GALINDO BOLIVAR
Documento de identificación C.C. C.E. T.I. PA Camé diplomático NIT Número documento 52.316.598
Dirección CARRERA 77 C No. 69 A -03 SUR Ciudad BOGOTA
Correo electrónico jasbleid248@gmail.com Fax Teléfono 3.102.906.818

2. INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA (En la cual se autoriza a ZLS Aseguradora de Colombia S.A. para realizar la transferencia electrónica)

Banco BBVA Titular de la cuenta CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA
TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE FIDUCIARIA^(*) Número de cuenta 638.258.640

SI LOS DATOS NO ESTÁN CORRECTOS LA CONSIGNACIÓN SERÁ RECHAZADA POR EL BANCO

NOTA: LA CUENTA DEBE ESTAR ACTIVA Y HABILITADA PARA RECIBIR PAGOS ELECTRÓNICOS. LA CUENTA NO DEBE ESTAR EMBARGADA NI EN PROCESO JUDICIAL.

3. AUTORIZACIÓN

AUTORIZO A ZLA ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A. A CONSIGNAR EN LA CUENTA ARRIBA DESCRITA, LOS PAGOS QUE LA COMPAÑÍA TENGA A NUESTRO FAVOR. ASÍ MISMO ME COMPROMETO A MANTENER ACTUALIZADO EL NÚMERO DE LA CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS SEÑALADO.

MANIFIESTO QUE LA ANTERIOR CUENTA PERTENECE EXCLUSIVAMENTE AL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONSIGNADO EN ESTE FORMATO Y QUE LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, TITULAR DE LA MISMA, ES EL BENEFICIARIO REAL DE LOS PAGOS EFECTUADOS POR ZLA ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.

ATENTAMENTE,

Raquel Sofia Galindo

FIRMA



NOMBRE

RAQUEL SOFIA GALINDO BOLIVAR

NIT

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

C.C.

52.316.598

ZLS Aseguradora de Colombia S.A. (antes QBE Seguros S.A.) es una empresa del Grupo Zurich desde el 1 de febrero de 2019

1111 A 1111 V 1111111111111111

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

ZLS Aseguradora de Colombia S.A. NIT. 860.002534-0
Carrera 7 No. 76-35, pisos 7, 8 y 9, Bogotá D.C. Colombia PBX
(57-1) 319 07 30 • Fax (57-1) 319 07 49

Línea servicio al cliente 01 8000 112 723
www.zurich.com

Nuevo Actualización Poder autorizando el pago (aplica solo para persona natural)

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos o razón social (tomador) LUIS ALEJANDRO SALAZAR MALDONADO
Documento de identificación C.C. C.E. T.I. PA Carné diplomático NIT Número documento 79.829.483
Dirección CARRERA 77 C.No. 69 A -03 SUR Ciudad BOGOTA
Correo electrónico jasbleid248@gmail.com Fax Teléfono 3.105.586.772

2. INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA (En la cual se autoriza a ZLS Aseguradora de Colombia S.A. para realizar la transferencia electrónica)

Banco BBVA Titular de la cuenta CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA
TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE FIDUCIARIA Número de cuenta 638.258.640

SI LOS DATOS NO ESTÁN CORRECTOS LA CONSIGNACIÓN SERÁ RECHAZADA POR EL BANCO

NOTA: LA CUENTA DEBE ESTAR ACTIVA Y HABILITADA PARA RECIBIR PAGOS ELECTRÓNICOS. LA CUENTA NO DEBE ESTAR EMBARGADA NI EN PROCESO JUDICIAL.

3. AUTORIZACIÓN

AUTORIZO A ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A. A CONSIGNAR EN LA CUENTA ARRIBA DESCRITA, LOS PAGOS QUE LA COMPAÑÍA TENGA A NUESTRO FAVOR, ASÍ MISMO ME COMPROMETO A MANTENER ACTUALIZADO EL NÚMERO DE LA CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS SEÑALADO.

MANIFIESTO QUE LA ANTERIOR CUENTA PERTENECE EXCLUSIVAMENTE AL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONSIGNADO EN ESTE FORMATO Y QUE LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, TITULAR DE LA MISMA, ES EL BENEFICIARIO REAL DE LOS PAGOS EFECTUADOS POR ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.

ATENTAMENTE,

Luis Salazar

FIRMA

NOMBRE

LUIS ALEJANDRO SALZAR MALDONADO

NIT

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

C.C.

79.829.483



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

ZLS Aseguradora de Colombia S.A. NIT. 860.002.534-0
Carrera 7 No. 76-35, pisos 7, 8 y 9, Bogotá D.C. Colombia PBX
(57-1) 319 07 30 - Fax (57-1) 319 07 49

Línea servicio al cliente 01 8000 112 723
www.zurich.com

Nuevo Actualización Poder autorizando el pago (aplica solo para persona natural)

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos o razón social (titular) **ANGIE JASBLEIDY SALAZAR GALINDO**
Documento de identificación C.C. C.E. T.J. PA Camé diplomático NIT Número documento **1.000.062.272**
Dirección **CARRERA 77 C No. 69 A -03 SUR** Ciudad **BOGOTA**
Correo electrónico **jasbleidy258@gmail.com** Fax Teléfono **3.132.117.159**

2. INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA (En la cual se autoriza a ZLS Aseguradora de Colombia S.A. para realizar la transferencia electrónica)

Banco **BBVA** Titular de la cuenta **CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA**
TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE FIDUCIARIA Número de cuenta **638.258.640**

SI LOS DATOS NO ESTÁN CORRECTOS LA CONSIGNACIÓN SERÁ RECHAZADA POR EL BANCO

NOTA: LA CUENTA DEBE ESTAR ACTIVA Y HABILITADA PARA RECIBIR PAGOS ELECTRÓNICOS. LA CUENTA NO DEBE ESTAR EMBARGADA NI EN PROCESO JUDICIAL.

3. AUTORIZACIÓN

AUTORIZO A ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A. A CONSIGNAR EN LA CUENTA ARRIBA DESCRITA, LOS PAGOS QUE LA COMPAÑÍA TENGA A NUESTRO FAVOR, ASÍ MISMO ME COMPROMETO A MANTENER ACTUALIZADO EL NÚMERO DE LA CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS SEÑALADO.

MANIFIESTO QUE LA ANTERIOR CUENTA PERTENECE EXCLUSIVAMENTE AL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONSIGNADO EN ESTE FORMATO Y QUE LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, TITULAR DE LA MISMA, ES EL BENEFICIARIO REAL DE LOS PAGOS EFECTUADOS POR ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.

ATENTAMENTE,

Angie Jasbleidy Salazar
FIRMA



NOMBRE **ANGIE JASBLEIDY SALAZAR GALINDO**
NIT
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
C.C. **1.000.062.272**

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

ZLS Aseguradora de Colombia S.A. NIT. 860.002.534-0
Carrera 7 No. 76-35, pisos 7, 8 y 9, Bogotá D.C. Colombia PBX
(57-1) 319 07 30 • Fax (57-1) 319 07 49

Línea servicio al cliente 01 8000 112 723
www.zurich.com

Nuevo Actualización Poder autorizando el pago (aplica solo para persona natural)

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos o razón social (tomador) SAMUEL ESTEBAN SALAZAR FUERTE
Documento de identificación C.C. C.E. T.I. PA Camé diplomático NIT Número documento 1.022.382.247
Dirección CALLE 76 No. 34-86 SUR Ciudad BOGOTA
Correo electrónico s_a_m_u_e-l@hotmail.com Fax Teléfono 3.102.906.813

2. INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA (En la cual se autoriza a ZLS Aseguradora de Colombia S.A. para realizar la transferencia electrónica)

Banco BBVA Titular de la cuenta CESAR AUGUSTO GARCIA VALENCIA
TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE FIDUCIARIA(1) Número de cuenta 63.825.640

SI LOS DATOS NO ESTÁN CORRECTOS LA CONSIGNACIÓN SERÁ RECHAZADA POR EL BANCO

NOTA: LA CUENTA DEBE ESTAR ACTIVA Y HABILITADA PARA RECIBIR PAGOS ELECTRÓNICOS. LA CUENTA NO DEBE ESTAR EMBARGADA NI EN PROCESO JUDICIAL.

3. AUTORIZACIÓN

AUTORIZO A ZLA ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A. A CONSIGNAR EN LA CUENTA ARRIBA DESCRITA, LOS PAGOS QUE LA COMPAÑÍA TENGA A NUESTRO FAVOR, ASÍ MISMO ME COMPROMETO A MANTENER ACTUALIZADO EL NÚMERO DE LA CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS SEÑALADO.

MANIFIESTO QUE LA ANTERIOR CUENTA PERTENECE EXCLUSIVAMENTE AL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONSIGNADO EN ESTE FORMATO Y QUE LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, TITULAR DE LA MISMA, ES EL BENEFICIARIO REAL DE LOS PAGOS EFECTUADOS POR ZLA ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A.

ATENTAMENTE,



FIRMA

NOMBRE

SAMUEL ESTEBAN SALAZAR FUERTE

NIT

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

C.C.

1.022.382.247