

Medellín, 9 de enero de 2024.

**Señores**  
**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**  
**Nit. 860.524.654-6**  
**E.S.D.**

**REF. : CUENTA DE COBRO.**

**GERMÁN ANÍBAL DE JESÚS RESTREPO RAMÍREZ**, abogado, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi condición de apoderado de las siguientes personas:

GUSTAVO ATEHORTÚA SOTO	CC. 70.066.422.
GABRIEL JAIME ATEHORTÚA DEL RÍO.	CC. 70.328.516.
MARÍA ISABEL ATEHORTÚA DEL RÍO.	CC. 43.998.032.
MELISSA ATEHORTÚA QUIÑONES.	CC. 1.017.222.315.
JUAN PABLO ATEHORTÚA QUIÑONES.	CC. 1.214.745.278.
MARÍA ALEJANDRA ATEHORTÚA VÁSQUEZ.	CC. 1.193.231.549.
JULIANA ATEHORTÚA MACÍAS	NUIP. 1.023.628.367.
MARIANGEL VALERO ATEHORTÚA	NUIP. 1.017.937.316.
Sucesión de GALDYS DEL SOCORRO DEL RÍO MONTOYA (Q.E.P.D.)	
CC. 32.481.927.	

En atención a que mediante Auto del 18 de diciembre de 2023, corregido mediante proveído del 19 de diciembre de 2023, el Juzgado 37 Administrativo de Medellín, dentro del radicado 05001333303720230027200 aprobó el acuerdo logrado ante la procuradora 222 Judicial II para Asuntos Administrativos el pasado 18 de octubre de 2023, en el cual **Ustedes se obligaron a pagar a favor de mis representados, por tanto deben** la suma de **CIENTO VEINTISEIS MILLONES, SESENTA Y SIETE MIL, DOSCIENTOS PESOS M/L (\$126.067.200.00)**, por lo cual respetuosamente solicito la consignación de dicho valor en la cuenta de ahorros N°. **10150308352** a nombre de GERMÁN ANIBAL DE JESÚS RESTREPO RAMÍREZ, de Bancolombia.

Allego certificación de la existencia a mi nombre de la cuenta bancaria, amén de los poderes con la facultad expresa de recibir, previamente avalado por su representante en la negociación, el formulario único de conocimiento del cliente y mis documentos de identificación ciudadana y profesional.

Anexo el auto aprobatorio de la conciliación prejudicial y su corrección.

Mi dirección para notificaciones es la carrera 66B # C5-15, Medellín, correo electrónico [g\\_restrepo33@hotmail.com](mailto:g_restrepo33@hotmail.com).



**GERMÁN ANÍBAL DE JESÚS RESTREPO RAMÍREZ**  
**CC. 98.547.563.**  
**T.P. 97.270 C.S.J.**

# FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL



SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> SIN VÍNCULO <input checked="" type="checkbox"/>			
<b>DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)</b>			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> VITRO <input type="checkbox"/> NÚMERO: <u>98474763</u>	LUGAR DE EXPEDICIÓN <u>Enviado</u>	FECHA DE EXPEDICIÓN <u>23/09/17</u>	DÍA MES AÑO <u>23/09/17</u>
PRIMER APELLIDO <u>Restrepo</u>	SEGUNDO APELLIDO <u>Ramirez</u>	PRIMER NOMBRE <u>Bernán</u>	SEGUNDO NOMBRE <u>Amal de Jesús</u>
DIRECCIÓN DOMICILIO <u>Cra 66B # 25-15</u>	CIUDAD/MUNICIPIO <u>Medellín</u>	DEPARTAMENTO <u>Antioquia</u>	NACIONALIDAD <u>Col.</u>
CORREO ELECTRÓNICO <u>g.restrepo33@hotmail.com</u>	CELULAR <u>3152076262</u>	TELÉFONO DOMICILIO Opcional <u>2304390</u>	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO <u>Medellín</u>	DÍA MES AÑO <u>26/06/1969</u>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>
CORREO FACTURA ELECTRÓNICA <u>g.restrepo33@hotmail.com</u>	TELÉFONO CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA <u>3152076262</u>		

ACTIVIDAD ECONÓMICA ASALARIADO  ESTUDIANTE  SOCIO  PENSIONADO  RENTISTA  OTRO?  CODIGO CIU (#) 6910

DETALLE: Asesora Aseguros Ligante Independiente

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):

1. ¿Es Usted una Persona Políticamente expuesta? SI  NO  2. ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI  NO  3. ¿Es Usted un PEP extranjero? SI  NO

4. ¿Es Usted familiar de una PEP? SI  NO

En caso de diligenciar SI, por favor detalle sus relacionados:

Número de documento \_\_\_\_\_ Nombre Completo \_\_\_\_\_ Vínculo con la PEP \_\_\_\_\_

Número de documento \_\_\_\_\_ Nombre Completo \_\_\_\_\_ Vínculo con la PEP \_\_\_\_\_

Número de documento \_\_\_\_\_ Nombre Completo \_\_\_\_\_ Vínculo con la PEP \_\_\_\_\_

**Nota:** Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normalidad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

Vínculo / Relación: I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueros, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente de la PEP). III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

**NOTA SARLAFT**

De acuerdo con las Instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementó la Aseguradora; como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregarlos formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación. Solo aplica para PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES.

**INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL**

INGRESO MENSUAL \$ <u>5.000.000</u>	OTROS INGRESOS MENSUALES \$ _____	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ <u>5.000.000</u>	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ <u>3.000.000</u>
TOTAL ACTIVOS \$ <u>391.807.000</u>	TOTAL PASIVOS \$ <u>197.243.000</u>		

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>	
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____	

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): \_\_\_\_\_
- Origen de Ingresos: De mi actividad económica  Otros  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

**AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO**

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

**Consideraciones:**

- Que los datos personales solicitados en 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.
- Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
- Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiere el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estado del (los) Riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL (FRACCL) - V.11

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico [tratamientodatos@solidaria.com.co](mailto:tratamientodatos@solidaria.com.co).

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

i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual 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) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de información 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 ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas externas, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelantando gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelantando gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas externas, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelantando gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelantando gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

- a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: [fasecolda@fasecolda.com](mailto:fasecolda@fasecolda.com) Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: [inverfas@fasecolda.com](mailto:inverfas@fasecolda.com) Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: [directoroperativo@inif.com.co](mailto:directoroperativo@inif.com.co) Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

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

**CANALES AUTORIZADOS**

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

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

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

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado, dicha finalidad deberá incluir la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización. La autorización referida también deberá incluir la facultad de consultar al Asegurado en centrales de información, así como la autorización requerida por la Ley 2300 de 2023 en los términos indicados por LA ASEGURADORA en el título de Canales Autorizados del presente documento.
3. Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

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

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

Parágrafo: Este acuerdo es aplicable para los Contratos de Seguro, donde el tomador es diferente al asegurado. Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. adquiere la calidad de encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien es el responsable de la información.

**FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 9 días del mes de enero del año 2024, en la ciudad de MEDELLIN.

*German Ariel de Jesús Restrepo Ramirez.*




NOMBRE

FIRMA  
Tipo y N° Documento: 98547563

OBSERVACIÓN HUELLA

**INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

LUGAR DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_  
 RESULTADO DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

CARGO