

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.088.238.188

NUMERO

CARRILLO GARCIA
APELLIDOS

DIANA LORENA
NOMBRES

DIANA LORENA CARRILLO
FIRMA

234578
A28r



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ENE-1986**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-MAY-2004 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Abelugo
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-2400100-54127471-F-1088238188-20040823 0605204236A 02 169590956



Avenida 19 No. 120 - 71 Piso 3
Bogotá D.C - Colombia
PBX: (571)5878787
www.bancofalabella.com.co
NIT - 900047981-8

BANCO FALABELLA S.A

NIT 900047981-8

CERTIFICA A QUIEN INTERESE QUE:

El producto **CUENTA DE AHORRO TRADICIONAL** con número **116030179507** con fecha de apertura **2018-07-24** de titularidad del (la) señor(a) **Diana Lorena Carrillo Garcia** identificado(a) con la (el) **Cédula de Ciudadanía** número **1088238188**, a la fecha se encuentra **ACTIVA**.

Se expide a los Diecisiete (17) días del mes de septiembre de 2024, a solicitud del consumidor financiero.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Cordialmente,

Gerencia de Servicio y Experiencia al Cliente
BANCO FALABELLA S.A

NUC - 1EF6028878D9

Señores:

Fiscalía 10 Local De Pereira-Risaralda.

E. S. D.

REF.	DESISTIMIENTO.
RAD:	66-001-6000-058-2020-00414.
DELITO:	LESIONES PERSONALES CULPOSAS.
INDICIADO:	JESSICA ALEJANDRA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ.
VÍCTIMA:	DIANA LORENA CARRILLO GARCÍA.

De manera atenta y respetuosa se dirige **DIANA LORENA CARRILLO GARCÍA**, mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y representación, en calidad de víctima, con el fin de informarle a este Despacho, de manera libre, consiente y voluntaria, libre de cualquier apremio que **DESISTO** de toda Acción Penal, Civil y/o contravencional en contra de **JESSICA ALEJANDRA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ** en calidad de conductora del vehículo de placas **IGQ-842** y de toda Persona Natural o Jurídica que resultare directa o indirectamente involucrada en el accidente de tránsito ocurrido el día **02** de **JULIO** del año **2020**, A la altura de la vía Villa Santana frente al M-24C-43 Bellavista de la ciudad de Pereira-Risaralda, cuando fui colisionado a causa del vehículo de placa **IGQ-842**; informo que suscribí acuerdo ante la jurisdicción civil para recibir indemnización por todos los perjuicios causados por el accidente de tránsito mencionado, razón por la cual declaro a **PAZ Y SALVO** por todo concepto a los antes citados.

Por lo anterior solicito se proceda al archivo de las diligencias de la investigación penal en curso.

Para constancia firmo en Pereira-Risaralda, a los 16 días del mes de Septiembre del año 2024.

Atentamente,

DIANA LORENA CARRILLO GARCÍA
DIANA LORENA CARRILLO GARCÍA.
C.C 1.088.238.188 de Pereira - Risaralda.





DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 46348

En la ciudad de Pereira, Departamento de Risaralda, República de Colombia, el diecisiete (17) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría tercera (3) del Círculo de Pereira, compareció: DIANA LORENA CARRILLO GARCIA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1088238188 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



46348-1

LORENA CARRILLO

Sebe8ea0f7

----- Firma autógrafa -----

17/09/2024 16:01:22

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

[Handwritten signature]



JORGE ELIECER SABAS BEDOYA

Notario (3) del Círculo de Pereira, Departamento de Risaralda
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: Sebe8ea0f7, 17/09/2024 16:01:30



CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo DIANA LORENA CARZILLO GARCÍA,
identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE, PPT y OTRO N° 1088238188, en mi calidad de tomador y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de las políticas de tratamiento de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. y HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.508.462-1, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en www.libertycolombia.com.co y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: atencionalcliente@libertycolombia.com.co o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; d) Que cuento con la autorización de tratamiento de datos de las personas que se pretende incluir como asegurados y/o beneficiarios de las pólizas colectivas; y en consecuencia autorizo a LAS COMPAÑÍAS, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos, para:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato de mutuo (en caso que suscriba), sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

1. i) Para la ejecución de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS ii) para control, reporte y prevención del Fraude, iii) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos, iv) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora;
2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LAS COMPAÑÍAS.
3. Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS:

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS, sea compartida, intercambiada, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., subsidiarias y filiales de la Matriz o de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., 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, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iii) HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente, iv) a los países donde se encuentran alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LAS COMPAÑÍAS en aquellos casos en que por razones de eficiencia y almacenamiento de datos sea requerido.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS, para que con fines de vinculación, estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, de actualización de datos, control, supervisión y de información comercial, proese, reporte, conserve, consulte, obtenga cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal de/a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos veraces y fidedignos he suministrado voluntariamente en el presente formulario de conocimiento del cliente SARLAFT, pueden ser utilizados por HDI Seguros Colombia S.A. para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de menajes 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 contactados por HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. y/o sus gestiones de cobranza, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los siguientes canales: Llamada telefónica, Mensaje de Texto, Correo electrónico, Mensajería en físico, Mensajería por aplicaciones o web, Otro

Firma DIANA LORENA CARZILLO GARCÍA Documento de identidad 1088238188

Correo electrónico: DIANA.CARZILLO0301@GMAIL.COM

Fecha: 19/09/2024

INFORMACIÓN BÁSICA							
Primer Apellido CARRILLO		Segundo Apellido GARCIA		Nombres DIANA LORENA			
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.L. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PAS ☐ NIT ☐ Otro ☐		Número Documento de Identificación 1088238188		Fecha de Expedición		Nacionalidad 1 COLOMBIANA	
Nacionalidad 2		Dirección Residencia VDA MUNDO NUEVO		Ciudad Residencia PEREIRA		Departamento Residencia RISARALDA	
E-mail DIANA.CARRILLO0301@GMAIL.COM				Teléfono Residencia		Celular 3127437403	
Actividad Principal Asalariado ☒ Comerciante ☐ Estudiante ☐ Hogar ☐ Independiente ☐ Inversionista ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Socio ☐ Otra ☐ Cual ☐				CIU			
Empresa donde trabaja FALABELLA				Dirección Laboral AV. CIPRIAN VALAR # 5-20			
Ciudad Laboral PEREIRA		Departamento Laboral RISARALDA		¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o comerciantes)			
Ingresos Mensuales (Pesos) \$ 1400.000				Egresos Mensuales (Pesos) \$ 800.000			
Es usted una Persona Expuesta Políticamente - PEP? (ver definición de "PEP" en el pie de página) Si ☐ No ☒ Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:							
Fecha de Ingreso		Fecha de Desvinculación		¿Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Políticamente - PEP? (Ver definición "Vínculo" en el pie de página) Si ☐ No ☒ Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:			
Vínculo/Relación	Nombre	Tipo ID	Número ID	Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso	Fecha de Desvinculación

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS / POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN
Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% y demás documentos de acuerdo a las políticas de suscripción.

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo **DIANA LORENA CARRILLO**, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE N° **1088238188**, en mi calidad de tomador y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de las políticas de tratamiento de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. y HDI COMPANHIA DE INVERSIÓN Y SERVICIOS S.A.S. (en adelante LAS COMPANHIAS) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.508.462-1, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en www.libertycolombia.com.co y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: atencionalcliente@libertycolombia.com.co o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; d) Que cuento con la autorización de tratamiento de datos de las personas que se pretende incluir como asegurados y/o beneficiarios de las pólizas colectivas; y en consecuencia autorizo a LAS COMPANHIAS, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos.

Para:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato de mutuo (en caso que suscriba), sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

- i) Para la ejecución de los contratos celebrados con LAS COMPANHIAS ii) para control, reporte y prevención del Fraude, iii) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos, iv) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora;
- Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LAS COMPANHIAS.
- Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de LAS COMPANHIAS.

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada de los contratos celebrados con LAS COMPANHIAS, sea compartida, intercambiada, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., subsidiarias y filiales de la Matriz o de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) a FASECOLD, INVERFAS S.A., 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, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iii) HDI COMPANHIA DE INVERSIÓN Y SERVICIOS S.A.S. para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente, iv) a los países donde se encuentran alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LAS COMPANHIAS en aquellos casos en que por razones de eficiencia y almacenamiento de datos sea requerido.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LAS COMPANHIAS, para que con fines de vinculación, estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, de actualización de datos, control, supervisión y de información comercial, procese, reporte, conserve, consulte, obtenga cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal de/a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos veraces y fidedignos he suministrado voluntariamente en el presente formulario de conocimiento del cliente SARLAFT, pueden ser utilizados por HDI Seguros Colombia S.A. 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 contactados por HDI Seguros Colombia S.A. y/o sus gestiones de cobranza, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los siguientes canales: Llamada telefónica, Mensaje de Texto, Correo electrónico, Mensajería en físico, Mensajería por aplicaciones o web, Otro

FIRMA

"Como consecuencia 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"

DIANA LORENA CARRILLO
FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL





Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) Las personas expuestas políticamente conforme al Decreto 1674 de 2016, ii) Los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) Las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674/2016) 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.

Vinculado: Las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio):

Manifiesto que los fondos y bienes que poseo provienen de actividades lícitas, las cuales se encuentran detalladas en este formulario. Igualmente declaro que no efectuaré transacciones destinadas a actividades ilícitas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Fotocopia del documento de identidad
- Constancia de Ingresos (Honorarios laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda).
- Declaración de Renta del último periodo gravable disponible. (Si declara)
- Inventario general de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

APODERADO

- Poder debidamente firmado con constancia de presentación personal ante notario público.

7. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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, 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 requiera de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
- 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.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro y Reaseguro. V) FASECOLDA e INVERFAS S.A., 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 TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar las transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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 y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal V) del numeral 3 anterior, serán:

- FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Pisos 11 y 12, e-mail: fasecolda@fasecolda.com - Tel: 344 3080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Piso 11, e-mail: inverfas@fasecolda.com - Tel: 344 3080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- INF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, e-mail: directoroperativo@info.com.co - Tel: 232 0105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III AUTORIZACIÓN: De manera expresa, autorizo el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia internacional de los mismos, por las personas, por las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

8. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a SEGUROS ALFA S.A. y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión, encuestas, muestreos, pruebas de mercado y de información comercial, almacene, procese, reporte, conserve, consulte, administre, obtenga, transfiera o actualice información de carácter financiero y comercial a las centrales de información o bases de datos, debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que las bases de información, las normas y las autoridades establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por lo tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

9. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

DIANA LORENA CARRILLO
FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



HUELLA BIOMÉTRICA

ESTOS CAMPOS SON DE USO EXCLUSIVO DE SEGUROS ALFA S.A Y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA:
HORA:
FECHA DE LA ENTREVISTA:
RESULTADO: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL INTERMEDIARIO O PERSONA RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO O PERSONA RESPONSABLE:

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN: HORA:

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA

FIRMA

OBSERVACIONES: