

San Juan de Pasto, 2 de octubre de 2024

Señores

**SEGUROS MUNDIAL S.A.**

Avenida 6A Bis # 35N - 100 Oficina 212  
Cali - Valle

**G. HERRERA & ASOCIADOS**

**07 OCT 2024**

**RECIBIDO  
NO IMPLICA ACEPTACION**

Señores

**TRANSANDONA**

Ciudad

Asunto: **RADICACIÓN DOCUMENTOS PARA PAGO**  
Proceso: VERDAL No. 2023 00030  
Despacho: Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pasto  
Demandante: María Guadalupe López y otro  
Demandado: TRANSANDONÁ Y OTROS

ALEIDA FANEY LÓPEZ JURADO, identificada con cedula de ciudadanía No. 59.826.967 de Pasto y portadora de la tarjeta profesional No. 159.979 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderada judicial de la parte demandante, de manera atenta me permito presentar los documentos requeridos para el pago del acuerdo conciliatorio celebrado el día 26 de septiembre de 2024 dentro del proceso en referencia, por la suma total de \$130.000.000, de los cuales se pagarán de la siguiente manera:

A. La suma de **\$85.000.000** serán pagados por Seguros Mundial S.A., así: a favor de CARLOS ARTURO LÓPEZ el monto de \$65.000.000 y a favor de JOSE EDMUNDO LÓPEZ el monto de \$20.000.000

B. La suma de **\$45.000.000** serán pagados por TRANSANDONÁ a favor de JOSÉ EDMUNDO LÓPEZ.

Se adjunta los siguientes documentos:

- Acta de la audiencia
- Desistimiento de la acción penal con su correspondiente radicación en la Fiscalía 7 Seccional de Pasto.
- Copia de la Cédula de ciudadanía de las personas a recibir el pago.
- Certificado de la cuenta bancaria de las personas a recibir el pago.
- Formulario SARLAFT de las personas a recibir el pago.
- Formulario de conocimiento de beneficiarios persona natural diligenciado por las personas a recibir el pago.
- Formulario de vinculación de clientes persona natural diligenciados por las personas a recibir el pago.

Atentamente,

  
**ALEIDA FANEY LÓPEZ JURADO**

San Juan de Pasto, 2 de octubre de 2024

Señores

**SEGUROS MUNDIAL S.A.**

Avenida 6A Bis # 35N - 100 Oficina 212  
Cali - Valle

Señores

**TRANSANDONA**

Ciudad

Asunto: **RADICACIÓN DOCUMENTOS PARA PAGO**  
Proceso: VERDAL No. 2023-00030  
Despacho: Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pasto  
Demandante: María Guadalupe López y otro  
Demandado: TRANSANDONÁ Y OTROS

ALEIDA FANEY LÓPEZ JURADO, identificada con cedula de ciudadanía No. 59.826.967 de Pasto y portadora de la tarjeta profesional No. 159.979 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderada judicial de la parte demandante, de manera atenta me permito presentar los documentos requeridos para el pago del acuerdo conciliatorio celebrado el día 26 de septiembre de 2024 dentro del proceso en referencia, por la suma total de \$130.000.000, de los cuales se pagarán de la siguiente manera:

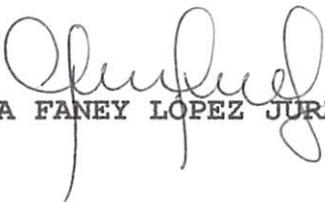
A. La suma de **\$85.000.000** serán pagados por Seguros Mundial S.A., así: a favor de CARLOS ARTURO LÓPEZ el monto de \$65.000.000 y a favor de JOSE EDMUNDO LÓPEZ el monto de \$20.000.000

B. La suma de **\$45.000.000** serán pagados por TRANSANDONÁ a favor de JOSÉ EDMUNDO LÓPEZ.

Se adjunta los siguientes documentos:

- Acta de la audiencia
- Desistimiento de la acción penal con su correspondiente radicación en la Fiscalía 7 Seccional de Pasto.
- Copia de la Cédula de ciudadanía de las personas a recibir el pago.
- Certificado de la cuenta bancaria de las personas a recibir el pago.
- Formulario SARLAFT de las personas a recibir el pago.
- Formulario de conocimiento de beneficiarios persona natural diligenciado por las personas a recibir el pago.
- Formulario de vinculación de clientes persona natural diligenciados por las personas a recibir el pago.

Atentamente,

  
ALEIDA FANEY LÓPEZ JURADO

<b>Radicación:</b>	Nº 520013103003- 2023-00030-00
<b>Asunto:</b>	Proceso Verbal de Responsabilidad Civil
<b>Tipo de audiencia</b>	Sentencia
<b>Fecha</b>	San Juan de Pasto, 26 de septiembre del 2024
<b>Demandantes:</b>	MARIA GUADALUPE LOPEZ CARLOS ARTURO LOPEZ JHON JAIR LOPEZ CRISTIAN ARTURO LOPEZ JOSE EDMUNDO LOPEZ No comparecieron
<b>Apoderado</b>	Abog. ALEYDA FANEY LOPEZ JURADO
<b>Demandados:</b>	TRANSANDONA No compareció LEIDER JONIÉR MANSO No compareció HERLINDO HERMES BURGOS No compareció JUAN PABLO BURGOS No compareció
<b>Apoderado</b>	Abog. ANA CAROLA RODRIGUEZ
<b>Demandada</b>	✓ COMPañÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. No compareció
<b>Apoderada</b>	Abog. PAOLA ANDREA NARVAEZ

Teniendo en cuenta lo acordado por las partes y verbalizado en audiencia, el JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PASTO, resuelve:

1. ACEPTAR el acuerdo al que han llegado las partes, el cual consiste en que los demandados TRANSANDONA y COMPañÍA MUNDIAL DE SEGUROS, se comprometen a cancelar a los demandantes la suma de CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS M-L (\$ 130.000.000), como pago total de las obligaciones pretendidas dentro del presente proceso; así: MUNDIAL DE SEGUROS la suma de \$ 85.000.000 (20 días hábiles después de recibir la documentación pertinente) y TRANSANDONA \$ 45.000.000,(un mes después de recibir la documentación solicitada) valores que se cancelarán previo los trámite establecidos por las empresas y que deberá adelantar la parte demandante.
2. DISPONER que el acuerdo conciliatorio aprobado, surte efectos de cosa juzgada frente a las pretensiones de la demanda y por lo mismo presta mérito ejecutivo entre las partes.
3. ORDENAR la terminación del presente proceso, por efectos de conciliación.

4. LEVANTAR las medidas cautelares decretadas mediante auto de febrero 23 del 2023, numeral 5 y 6. OFICIESE e insértese lo pertinente.
5. Cumplido lo anterior, ARCHIVAR el expediente, previa desanotación del sistema de registro Siglo XXI.

Esta decisión se notifica por estrados: Todos conformes.

No siendo otro el objeto de esta se firma por la titular del Despacho, hoy veintiséis de septiembre del 2024, siendo las 10:45 de la mañana.

**MARTHA LIDA ROSERO DE B.  
JUEZA**

Firmado Por:

Martha Lida Rosero De Bastidas

Juez

Juzgado De Circuito

Civil 003

Pasto - Naríño

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: 7b15b3773746db98085dd514a80d6feffddf932f97efaf2e7e5e7d6cf5af15da

Documento generado en 26/09/2024 11:16:41 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>



## DESISTIMIENTO DE LA ACCIÓN PENAL EXPEDIENTE No. 520016099032202260018

1 mensaje

Abogados Lopez Jurado <contactos@abogadoslopezjurado.com>

2 de octubre de 2024, 4:07 p.m.

Para: amalias.fiscalia@gmail.com.co, "amalia.burbano@fiscalia.gov.co" <amalia.burbano@fiscalia.gov.co>, "amanda.villota@fiscalia.gov.co" <amanda.villota@fiscalia.gov.co>, pnarvaez@gha.com.co, GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>, financiera.transandona@hotmail.com, anakarolar@gmail.com

Señores:

**FISCALÍA 7 SECCIONAL**

E. S. D.

Sumario No: 520016099032202260018

Procesado: LEYDER YONIER MANZO AHUMADA

Asunto: **SOLICITUD DE EXTINCIÓN DE LA ACCIÓN PENAL POR REPARACIÓN INTEGRAL**

MARÍA GUADALUPE LÓPEZ DE LÓPEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 27.141.927, CARLOS ARTURO LOPEZ LOPEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 87.473.549, quien actúa en nombre propio y en representación legal de su hijo menor de edad JHON JAIR LÓPEZ URRESTI, CRISTIAN ARTURO LÓPEZ URRESTI, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.084.220.959, JOSE EDMUNDO LÓPEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 87.472.455, en nuestra condición de víctimas indirectas dentro del proceso de la referencia, de manera atenta nos permitimos presentar desistimiento de la acción penal por reparación integral.

Adicionalmente, se adjunta copia del acta de conciliación celebrada dentro del proceso civil instaurado con ocasión a la muerte de LUIS IGNACIO LÓPEZ VELASCO.

Agradecemos su gentil colaboración.

Atentamente,

MARÍA GUADALUPE LÓPEZ DE LÓPEZ

C.C. No. 27.141.927

CARLOS ARTURO LÓPEZ LÓPEZ

C.C. No. 87.473.549

CRISTIAN ARTURO LÓPEZ URRESTI

C.C. No. 1.084.220.959

JOSE EDMUNDO LÓPEZ

C.C. No. 87.472.455

--



**López Jurado**  
Abogados

Tel: (602)7234474 | Cel: 3146792638

www.abogadoslopezjurado.com

contactos@abogadoslopezjurado.com

Calle 20 No. 24-37 Of. 401 Ed. Toro Villota | Pasto | Nariño



### 2 archivos adjuntos

CamScanner 02-10-2024 15.41.pdf  
976K

61ActaAudienciaAceptaAcuerdo.pdf  
30K

Señor:  
**FISCAL 7 SECCIONAL**  
E. S. D.



Sumario No: 520016099032202260018  
Procesado: LEYDER YONIER MANZO AHUMADA  
Asunto: **SOLICITUD DE EXTINCION DE LA ACCION PENAL POR REPARACION INTEGRAL**

MARÍA GUADALUPE LÓPEZ DE LÓPEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 27.141.927, CARLOS ARTURO LÓPEZ LÓPEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 87.473.549, quien actúa en nombre propio y en representación legal de su hijo menor de edad JHON JAIR LÓPEZ URRESTI, CRISTIAN ARTURO LÓPEZ URRESTI, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.084.220.959, JOSE EDMUNDO LÓPEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 87.472.455, en nuestra condición de víctimas indirectas dentro del proceso de la referencia de manera comedida y atenta manifestamos de manera **LIBRE, EXPRESA y VOLUNTARIA QUE HEMOS SIDO INDEMNIZADOS INTEGRALMENTE POR TODOS LOS PERJUICIOS** ocasionados en los hechos del día 23 de noviembre de 2022 en la vereda Higuerones del municipio de Buesaco, cuando se desplazaba en calidad de pasajero del vehículo de placas SOD-798, conducido por el señor LEYDER YONIER MANZO AHUMADA.

Por tal motivo, muy respetuosamente solicito a su despacho, se sirva aplicar **PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD a favor del imputado**, con base en los artículos 321, 322, 323 y numeral 1º del artículo 324 de la ley 906 de 2004 y en consecuencia **EXTINGA LA RESPECTIVA ACCION PENAL**, en concordancia con el artículo 82 numeral 7º del Código Penal y artículo 77 de la Ley 906 de 2004, en favor del aquí procesado, el señor LEYDER YONIER MANZO AHUMADA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.086.019.880.

De igual manera, como quiera que los hechos que se ventilan dentro de este proceso encuentran adecuación típica en el reato de homicidio culpos, reitero mi solicitud de extinción de la acción penal por reparación integral, así como también desisto de cualquier otra acción judicial sea civil, penal o de otra naturaleza que se pudiese adelantar por los hechos materia de este proceso.

Agradeciendo de antemano la atención prestada,

Atentamente,

*No firma -*

MARÍA GUADALUPE LÓPEZ DE LÓPEZ





*Carlos López*  
CARLOS ARTURO LÓPEZ LÓPEZ

*Jose Eduardo Lopez*  
JOSE EDMUNDO LÓPEZ

CO  
MAS  
LA PR



**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**  
**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



COD 61633

En la ciudad de Pasto, Departamento de Nariño, República de Colombia, el treinta (30) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría primera (1) del Círculo de Pasto, compareció: MARIA GUADALUPE LOPEZ De LOPEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0027141927 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

El compareciente manifestó no saber firmar.  
 Conforme al Artículo 69 del Decreto Ley 960 de 1970 y al Artículo 2.2.2.47.1 del Decreto 1074 de 2015, se autorizó esta diligencia.



61633-1

8233152480

30/09/2024 14:41:55

----- Firma autógrafa -----

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.

CARLOS ARTURO LOPEZ LOPEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0087473549 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Carlos A. Lopez*



61633-2

4d8dd0f640

30/09/2024 14:41:55

----- Firma autógrafa -----

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.

JOSE EDMUNDO LOPEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0087472455 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Jose Edmundo Lopez*



61633-3

3c9fa30df0

30/09/2024 14:41:55

----- Firma autógrafa -----

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.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: SOLICITUD DE EXTINCION DE LA ACCION PENAL POR REPARACION INTEGRAL





*Mabel*



MABEL MARTINEZ VARGAS

Notaria (1) del Circulo de Pasto , Departamento de Nariño

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 8233152480, 30/09/2024 14:44:07

OM  
MABEL  
VARGAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **87.473.549**

**LOPEZ LOPEZ**

APELLIDOS

**CARLOS ARTURO**

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-MAY-1980**  
**BUESACO**  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.59**

ESTATURA **B+**  
G.S. RH

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**M**

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2301900-01270302-M-0087473549-20211201 0077032863G 2 53558494

ESTADO CIVIL

# Certificación Bancaria

Lunes, 30 de septiembre de 2024

**Señores:**

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **CARLOS ARTURO LOPEZ LOPEZ** identificado(a) con CC. **87473549** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	972-671146-96	2016/10/19	Activa

\*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. ENTIDAD FINANCIERA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

  
Santiago Valencia Calderón  
Lider Área de Conocimiento Autoservicios

 **Bancolombia**

NIT 860.037.013-6  
 Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3  
 Tel: (601) 285 5600  
 Bogotá D.C. - Colombia  
 Somos Grandes Contribuyentes  
 IVA Régimen Común - Autorretenedores

**Versión clausulado número**  
**Código anexo asistencia**  
**Fecha de diligenciamiento**  
 30 09 24



Indique los vínculos existentes entre usted y el tomador y/o asegurado de la póliza    Familiar     Comercial     Laboral     Otro



### Información básica del beneficiario

Apellidos **LOPEZ LOPEZ**    Nombres **CARLOS ARTURO**  
 Tipo de documento    C.C.     C.E.     NIT     NUIP     T.I.     Pasaporte     PEP     PPT   
 Número **87 473 549**    Fecha de expedición **19 07 2000**    Lugar de expedición **BUESACO**  
 Dirección residencia\* **VEREDA LA LOMA**    Departamento **NARIÑO**    Ciudad **BUESACO**  
 E-mail **lopezlopez.carlos.arturo@gmail.com**    E-mail habilitado para facturación electrónica  
 Teléfono/celular **312 831 2349**    Ocupación **AGRICULTOR.**  
 ¿Es usted una persona expuesta políticamente?    Sí     No     ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?    Sí     No



### Información para pagos por transferencia electrónica

Entidad **BANCOLOMBIA S.A**    Número de cuenta **972.671746 -96**    Tipo de cuenta    Ahorros     Corriente



### Exoneración de responsabilidad

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ manifiesto que no existen personas de igual o menor derecho para recibir este pago y si resultaren, me obligo a restituir a la Compañía Mundial de Seguros S.A., en la proporción que corresponda.



### Información sobre reclamaciones en seguros

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

\*En caso de encontrarse ubicado en una jurisdicción diferente a Colombia, por favor adjunte el certificado de identificación fiscal expedido por la autoridad competente del país de residencia.



### Autorización de tratamiento de datos personales Beneficiarios

Declaro que, la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificada con NIT No. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me ha informado: 1) Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web <https://www.segurosmondial.com.co/legal/>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012, en especial me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir mis datos personales.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a la Compañía Mundial de Seguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa 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 COMPAÑÍA** para que realice el tratamiento de mis datos personales para las siguientes finalidades:

(i) Tramitar mi solicitud de vinculación o de presentación de una reclamación; (ii) Negociar, celebrar y ejecutar el contrato de seguro; (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre **LA COMPAÑÍA** con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir con su objeto social; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Gestionar y tramitar reclamaciones y liquidar y pagar siniestros; (vi) Ejecutar acciones, investigaciones y estudios de perfilamiento comercial, técnico, estadístico, actuarial, de analítica, de tendencias de mercado, inteligencia de negocios, hábitos de consumo, definición de patrones, inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; (vii) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a los Operadores de la Información; (viii) Transferir o transmitir los datos personales a terceros contratados ubicados en el territorio nacional o en el extranjero, en cumplimiento de obligaciones legales y/o contractuales; (ix) Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles, tales como, datos sobre mi estado de salud, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique; (x) Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representados menores de edad, en calidad de su representante legal o tutor, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique; (xi) Tramitar y gestionar felicitaciones, solicitudes, peticiones o quejas o requerimientos de autoridades en ejercicio de sus funciones; (xii) Las demás finalidades que se determinen con base a la ejecución de los procesos de Seguros Mundial, en todo caso que estén acorde a la Ley.

**LA COMPAÑÍA** conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o para la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **LA COMPAÑÍA** para tratar mis datos personales para las finalidades anteriormente descritas: Sí     No

Autorizo recibir comunicaciones comerciales y publicitarias personalizadas de **LA COMPAÑÍA** a través de sus canales autorizados: Sí     No

Con la firma del presente documento autorizo a **LA COMPAÑÍA** a realizar gestión de cobranza en caso de que así se requiera, por los siguientes canales: llamada telefónica, correo electrónico, SMS o WhatsApp.

En caso de no autorizar el contacto por alguno de los canales anteriormente mencionados, por favor especifique cual desea excluir \_\_\_\_\_



### 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.

*Carlos A Lopez*  
 Firma cliente o representante legal



**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA NATURAL**

Fecha Diligenciamiento	D	30	M	09	A	2024	Ciudad	PASTO	Sucursal		Tipo Solicitud			
EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.														
Clase de Vinculación	<input type="checkbox"/> Tomador <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Afianzado <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Intermediario <input type="checkbox"/> Otro													
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).														
Tomador - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otra				Cuál									
Tomador - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otra				Cuál									
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otra				Cuál									
<b>1. INFORMACIÓN BÁSICA</b>														
Primer Apellido	LÓPEZ		Segundo Apellido	LÓPEZ		Nombres						CARLOS ANTONIO		
Tipo de Documento	C.C.		Número	87.473.549		Fecha de Expedición	D	19	M	01	A	2000	Lugar de Expedición	BUESACO
Fecha de Nacimiento	D	31	M	05	A	1980	Lugar de Nacimiento	BUESACO		Nacionalidad 1	COLOMBIANO		Nacionalidad 2	
E-mail	lopezlopezcarlosantonio@gmail.com				Correo habilitado para Facturación Electrónica				Dirección (Residencia)	VEREDA LA LOMA				
Departamento	NARIÑO		Ciudad	BUESACO		Teléfono	3128312349		Celular	3128312349				
Actividad Principal	AGRICULTOR					Sector				CIU (Cód.)				
Tipo de Actividad			¿Cuál?			Ocupación			Cargo					
Empresa donde trabaja						Dirección (Oficina)								
Ciudad						Departamento				Teléfono (Oficina)				
Actividad Secundaria						CIU (Cód.)								
Dirección						Departamento			Ciudad					
¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o Comerciantes)														
Ingresos Mensuales (Pesos)	1.300.000					Egresos Mensuales (Pesos)	7.000.000							
Activos (Pesos)	10.000.000					Pasivo (Pesos)	8.000.000							
Patrimonio (Activos - Pasivos, Pesos)						Otros Ingresos (Pesos)								
Concepto otros Ingresos Mensuales														
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (Ver definición en el pie de página) <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO														
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada Expuesta Políticamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados														
¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO														
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO														
Indique:														
<b>2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS</b>														
Declaro expresamente que:														
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.														
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.														
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.														
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).														
Origen de Fondos	INGRESOS PERCIBIDOS DE LA ACTIVIDAD AGRICOLA													
<b>3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES</b>														
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		¿Cuál?			Indique otras operaciones								
¿Posee productos financieros en el exterior?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		¿Posee cuentas en moneda extranjera?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO										
Tipo de Producto	Identificación o número del producto		Entidad		Monto		Ciudad		País		Moneda			
<p><b>Persona Expuesta Políticamente (PEP):</b> "Los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones relacionadas en el (Decreto 830 de 2021) y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos"</p>														

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA NATURAL**

**4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS**

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?  SI  NO

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

**5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN**

**CONSIDERACIONES**

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, 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.
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 los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la **COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, Dirección: Calle 33B No 6B 24 Pisos 1 al 3 en la Ciudad de Bogotá D.C., e-mail consumidorfinanciero@segurosmondial.com.co, líneas de atención al Cliente 01800011935 a nivel nacional y 3274712 o 3274713 desde Bogotá, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedad(es) antes mencionada(s).

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la(s) sociedad(es) \_\_\_\_\_ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).  
Dirección \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual lei y comprendí cabalmente.  SI  NO

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

II. Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado, de manera expresa:

**1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, 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 y la selección 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) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. 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 ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), y o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables xii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiv) Consulta y envío de información a las centrales de riesgo crediticio.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

**3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** 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 Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLD, INVERFAS S.A. y al 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.

**4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

**5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN:** Declaro que la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificado con Nit. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me ha informado: 1) Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web <https://www.segurosmondial.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir mis datos personales.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a Seguros Mundial 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 COMPAÑIA para que realice el tratamiento de mis datos personales con las siguientes finalidades:

(i) Tramitar mi solicitud de vinculación como consumidor financiero y/o cliente; (ii) Negociar y celebrar el contrato de seguro y ejecución del mismo; (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre LA COMPAÑIA con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir la actividad aseguradora; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de LA COMPAÑIA; (viii) Enviar información sobre los productos, servicios, eventos, actividades de índole comercial, alianzas y publicidad de LA COMPAÑIA, a través de los medios físicos o virtuales registrados, ejecutar acciones de perfilamiento comercial; proyección; hábitos de consumo; analítica; identificación de tendencias de mercado; definición de patrones; inteligencia de negocios; labores de inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; investigaciones de riesgos, estadísticas y financieras; (ix) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a las Centrales de información o bases de datos debidamente constituidas; (x) Crear, registrar y actualizar bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; (xi) Enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales; (xii) Transferir o transmitir mis datos personales a terceros países en cumplimiento del contrato de seguro; (xiii) Recolectar, solicitar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud; (xiv) Recolectar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013; LA COMPAÑIA conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a LA COMPAÑIA para tratar mis datos personales con las finalidades descritas anteriormente.  SI  NO

**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.

**7. 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, rectificar, revocar y suspender 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 compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

- a) FASECOLD cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: 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 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 Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

He sido informado que la política de tratamiento de datos personales de LA ASEGURADORA la puedo encontrar completa en <http://www.segurosmondial.com.co/servicio-al-cliente/>

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v) del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente 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.  SI  NO

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

**III. AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

**IV. CERTIFICACIÓN:** Manifiestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente, en la Ley 1581 de 2012 y ii) que, existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O LOS INTERMEDIARIOS señalados en este documento.

**6. 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

*Carlos A. Lopez*



**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA NATURAL**

FIRMA CLIENTE O APODERADO							Huella Dactilar		
7. INFORMACIÓN ENTREVISTA				8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Lugar de la Entrevista				Fecha de Verificación	Día	Mes	Año		
Fecha de la Entrevista	Día	Mes	Año	Hora de Confirmación					
Hora de la Entrevista				Nombre y Cargo de quien verifica			Firma		
Observaciones									
Nombre del Intermediario				Observaciones					
Resultado de la Entrevista				<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado					

**ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE**

En cumplimiento del Decreto 830 de 2021, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo/Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha de expedición	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

\*Vínculo/Relación

1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos),
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
4. Sociedad conyugal de hecho o derecho

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

REQUISI  
NUMERO **87.472.455**  
**LOPEZ**

APELLIDOS  
**JOSE EDMUNDO**

NOMBRES

*Jose edmundo Lopez*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1973**

**BUESACO**  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**30-AGO-1993 BUESACO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2301900-00210009-M-0087472455-20100121

0020187871A 1

27181174

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# Certificación Bancaria

Lunes, 30 de septiembre de 2024

**Señores:**

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **JOSE EDMUNDO LOPEZ** identificado(a) con CC. **87472455** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	879-812685-61	2017/08/25	Activa

\*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. ESTABLECIMIENTO PÚBLICO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Santiago Valencia Calderón  
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

 **Bancolombia**

NIT 860.037.013-6  
 Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3  
 Tel: (601) 285 5600  
 Bogotá D.C. - Colombia  
 Somos Grandes Contribuyentes  
 IVA Régimen Común - Autorretenedores

**Versión clausulado número**
**Código anexo asistencia**
**Fecha de diligenciamiento**

30 09 24


 Indique los vínculos existentes entre usted y el tomador y/o asegurado de la póliza    Familiar     Comercial     Laboral     Otro 

**Información básica del beneficiario**

Apellidos **LOPEL**    Nombres **JOSE EDMUNDO**  
 Tipo de documento    C.C.     C.E.     NIT     NUIP     T.I.     Pasaporte     PEP     PPT   
 Número **87-472-455**    Fecha de expedición **30 08 93**    Lugar de expedición **BUENALO**  
 Dirección residencia\* **VEREDA SUMAPAL**    Departamento **NARIÑO**    Ciudad **BUENALO**  
 E-mail **gillasof3@gmail.com**    E-mail habilitado para facturación electrónica  
 Teléfono/celular **311 603 2439**    Ocupación **AGRICULTOR**  
 ¿Es usted una persona expuesta políticamente?    Sí     No     ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?    Sí     No


**Información para pagos por transferencia electrónica**

Entidad **BANCOLOMBIA S.A**    Número de cuenta **879-812 685-61**    Tipo de cuenta    Ahorros     Corriente


**Exoneración de responsabilidad**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 manifiesto que no existen personas de igual o menor derecho para recibir este pago y si resultaren, me obligo a restituir a la Compañía Mundial de Seguros S.A., en la proporción que corresponda.


**Información sobre reclamaciones en seguros**

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

\*En caso de encontrarse ubicado en una jurisdicción diferente a Colombia, por favor adjunte el certificado de identificación fiscal expedido por la autoridad competente del país de residencia.


**Autorización de tratamiento de datos personales Beneficiarios**

Declaro que, la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificada con NIT No. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me ha informado: 1) Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web <http://www.segurosmondial.com.co/legal/>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012, en especial me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir mis datos personales.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a la Compañía Mundial de Seguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa 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 COMPAÑÍA para que realice el tratamiento de mis datos personales para las siguientes finalidades:

(i) Tramitar mi solicitud de vinculación o de presentación de una reclamación; (ii) Negociar, celebrar y ejecutar el contrato de seguro; (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre LA COMPAÑÍA con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir con su objeto social; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Gestionar y tramitar reclamaciones y liquidar y pagar siniestros; (vi) Ejecutar acciones, investigaciones y estudios de perfilamiento comercial, técnico, estadístico, actuarial, de analítica, de tendencias de mercado, inteligencia de negocios, hábitos de consumo, definición de patrones; inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; (vii) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a los Operadores de la Información; (viii) Transferir o transmitir los datos personales a terceros contratados ubicados en el territorio nacional o en el extranjero, en cumplimiento de obligaciones legales y/o contractuales; (ix) Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles, tales como, datos sobre mi estado de salud, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con LA COMPAÑÍA, en caso de que aplique; (x) Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representados menores de edad, en calidad de su representante legal o tutor, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con LA COMPAÑÍA, en caso de que aplique; (xi) Tramitar y gestionar felicitaciones, solicitudes, peticiones o quejas o requerimientos de autoridades en ejercicio de sus funciones; (xii) Las demás finalidades que se determinen con base a la ejecución de los procesos de Seguros Mundial, en todo caso que estén acorde a la Ley.

LA COMPAÑÍA conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o para la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a LA COMPAÑÍA para tratar mis datos personales para las finalidades anteriormente descritas: Sí     No

Autorizo recibir comunicaciones comerciales y publicitarias personalizadas de LA COMPAÑÍA a través de sus canales autorizados: Sí     No

Con la firma del presente documento autorizo a LA COMPAÑÍA a realizar gestión de cobranza en caso de que así se requiera, por los siguientes canales: llamada telefónica, correo electrónico, SMS o WhatsApp.

En caso de no autorizar el contacto por alguno de los canales anteriormente mencionados, por favor especifique cual desea excluir


**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.

*Jose Edmundo Lopez*  
 Firma cliente o representante legal

Índice derecho



**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA NATURAL**

Fecha Diligenciamiento	D	30	M	09	A	2024	Ciudad	PASO	Sucursal		Tipo Solicitud			
EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.														
Clase de Vinculación	<input type="checkbox"/> Tomador <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Afianzado <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Intermediario <input type="checkbox"/> Otro													
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).														
Tomador - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otra				Cuál									
Tomador - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otra				Cuál									
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otra				Cuál									
<b>1. INFORMACIÓN BÁSICA</b>														
Primer Apellido	LOPEZ		Segundo Apellido			Nombres	JOSE EDMUNDO							
Tipo de Documento	C.C		Número	87.472.455		Fecha de Expedición	D	30	M	09	A	1993	Lugar de Expedición	BUESACO
Fecha de Nacimiento	D	06	M	05	A	1973	Lugar de Nacimiento	BUESACO		Nacionalidad 1	COLOMBIANO		Nacionalidad 2	
E-mail	al.laso73@gmail.com			Correo habilitado para Facturación Electrónica				Dirección (Residencia)					VEREDA SUMAPAZ	
Departamento	NARIÑO		Ciudad	BUESACO		Teléfono			Celular	3116032439				
Actividad Principal	AGRICULTURA				Sector				CIU (Cód.)					
Tipo de Actividad			¿Cuál?			Ocupación				Cargo				
Empresa donde trabaja						Dirección (Oficina)								
Ciudad			Departamento			Teléfono (Oficina)								
Actividad Secundaria									CIU (Cód.)					
Dirección			Departamento			Ciudad			Teléfono					
¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o Comerciantes)														
Ingresos Mensuales (Pesos)	1.300.000				Egresos Mensuales (Pesos)	8.000.000								
Activos (Pesos)					Pasivo (Pesos)									
Patrimonio (Activos - Pasivos, Pesos)					Otros Ingresos (Pesos)									
Concepto otros Ingresos Mensuales														
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (Ver definición en el pie de página)			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada Expuesta Políticamente?			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO						
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados														
¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO						
Indique:														
<b>2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS</b>														
Declaro expresamente que:														
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. 2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. 3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).														
Origen de Fondos	INGRESOS DERIVADO DE LA ACTIVIDAD AGRICOLA													
<b>3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES</b>														
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		¿Cuál?		Indique otras operaciones							
¿Posee productos financieros en el exterior?			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		¿Posee cuentas en moneda extranjera?			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO						
Tipo de Producto	Identificación o número del producto		Entidad		Monto		Ciudad		País		Moneda			
Persona Expuesta Políticamente (PEP): "Los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones relacionadas en el (Decreto 830 de 2021) y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos"														

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA NATURAL**

**4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS**

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?  SI  NO

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

**5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN**

**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 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:

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la **COMPANÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, Dirección: Calle 33B No 6B 24 Pisos 1 al 3 en la Ciudad de Bogotá D.C., e-mail consumidorfinanciero@segurosmondial.com.co, líneas de atención al Cliente 01800011935 a nivel nacional y 3274712 o 3274713 desde Bogotá y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedad(es) antes mencionada(s).

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la(s) sociedad(es) \_\_\_\_\_ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).

Dirección \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual ley y comprendí cabalmente.  SI  NO

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

II. Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado, de manera expresa:

**1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, 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 y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación o pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. 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 ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), y o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables xii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiv) Consulta y envío de información a las centrales de riesgo crediticio.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

**3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** 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 Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDIA, 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.

**4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

**5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN:** Declaro que la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificado con Nit. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me ha informado: 1) Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web <https://www.segurosmondial.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir mis datos personales.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a Seguros Mundial 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 COMPANÍA para que realice el tratamiento de mis datos personales con las siguientes finalidades:

(i) Tramitar mi solicitud de vinculación como consumidor financiero y/o cliente; (ii) Negociar y celebrar el contrato de seguro y ejecución del mismo; (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre LA COMPANÍA con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir la actividad aseguradora; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de LA COMPANÍA; (viii) Enviar información sobre los productos, servicios, eventos, actividades de índole comercial, alianzas y publicidad de LA COMPANÍA, a través de los medios físicos o virtuales registrados, ejecutar acciones de perfilamiento comercial; proyección; hábitos de consumo; analítica; identificación de tendencias de mercado; definición de patrones; inteligencia de negocios; labores de inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; investigaciones de riesgos, estadísticas y financieras; (ix) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas; (x) Crear, registrar y actualizar bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; (xi) Enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales; (xii) Transferir o transmitir mis datos personales a terceros países en cumplimiento del contrato de seguro; (xiii) Recolectar, solicitar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud; (xiv) Recolectar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013; LA COMPANÍA conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a LA COMPANÍA para tratar mis datos personales con las finalidades descritas anteriormente.  SI  NO

**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.

**7. 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, rectificar, revocar y suspender 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 compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

- FASECOLDIA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecoldia@fasecoldia.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecoldia.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.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 Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

He sido informado que la política de tratamiento de datos personales de LA ASEGURADORA la puedo encontrar completa en <http://www.segurosmondial.com.co/servicio-al-cliente/>

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecoldia, Inverfas S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v) del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente 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.  SI  NO

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

**III. AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

**IV. CERTIFICACIÓN:** Manifiestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente, en la Ley 1581 de 2012 y ii) que, existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O LOS INTERMEDIARIOS señalados en este documento.

**6. 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

Jose Edwin de la Pora



**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA NATURAL**

FIRMA CLIENTE O APODERADO							Huella Dactilar
<b>7. INFORMACIÓN ENTREVISTA</b>				<b>8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>			
Lugar de la Entrevista				Fecha de Verificación	Día	Mes	Año
Fecha de la Entrevista	Día	Mes	Año	Hora de Confirmación			
Hora de la Entrevista				Nombre y Cargo de quien verifica			Firma
Observaciones							
Nombre del Intermediario				Observaciones			
Resultado de la Entrevista				<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado			

**ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE**

En cumplimiento del Decreto 830 de 2021, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo/Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha de expedición	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

\* Vínculo/Relación  
 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos),  
 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y  
 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).  
 4. Sociedad conyugal de hecho o derecho