

# FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA



SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> SIN VÍNCULO <input checked="" type="checkbox"/>								
DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)								
RAZÓN SOCIAL <b>TS SALUD SAS</b>				NIT <b>900519279-1</b>		CORREO ELECTRÓNICO <b>ts.salud@hotmail.co</b>		
INFORMACIÓN REPRESENTANTE E LEGAL		PRIMER APELLIDO <b>GRANDA</b>		SEGUNDO APELLIDO <b>SILVA</b>		PRIMER NOMBRE <b>ROGER</b>		
		SEGUNDO NOMBRE <b>ALIRIO</b>		LUGAR Y FECHA DE EXERCICIO		DÍA MES AÑO		
		TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: No. <b>1054409</b>		LUGAR Y FECHA DE EXERCICIO <b>POPAYAN</b>		DÍA MES AÑO <b>11/11/1981</b>		
		DIRECCIÓN DOMICILIO <b>Carretera N° 17N-21</b>		TELÉFONO/CELULAR <b>3174316661</b>		CORREO ELECTRÓNICO <b>rggrandac@hotmail.com</b>		
		CIUDAD/MUNICIPIO <b>POPAYAN</b>		DEPARTAMENTO <b>CAUCA</b>				
TIPO DE EMPRESA				TIPO DE SOCIEDAD				
PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> SECTOR SOLIDARIO <input type="checkbox"/>				ANÓNIMA LIMITADA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD COLECTIVA SOC. COMANDITA X ACCIONES <input type="checkbox"/> SAS SOC. COMANDITA SIMPLE <input checked="" type="checkbox"/>				
ACTIVIDAD ECONÓMICA								
INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> SERV. FINANCIEROS <input type="checkbox"/> OTRO? <input type="checkbox"/> CÓDIGO CIIU: *								
DETALLE: <b>OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA 98699</b>								
DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL				TELÉFONO/CELULAR		CIUDAD/MUNICIPIO		
<b>PARCELACION LAS GARDENIAS</b>				<b>3174316661</b>		<b>POPAYAN</b>		
DIRECCIÓN BUROCRÁTICA				TELÉFONO/CELULAR		CIUDAD/MUNICIPIO		
PERSONA DE CONTACTO				TELÉFONO CELULAR				
<b>ROGER ALIRIO GRANDA</b>				<b>3174316661</b>				
CORREO FACTURA ELECTRÓNICA				TELÉFONO/CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA				
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)								
No.	T.Doc	Nº. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO/RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	¿ES CONSIDERADO PEP?
1.	CC	1054409	GRANDA	SILVA	ROGER	ALIRIO	100	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA/ CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN O SUS EQUIVALENTES								
No.	T.Doc	Nº. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO/RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	¿ES CONSIDERADO PEP?	
1.	CC	1054409	GRANDA	SILVA	ROGER	ALIRIO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
2.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
5.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, actualicen o adicionen II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñen funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.								
NOTA SARLAFT								
De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementó la Aseguradora, como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregarlos formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación.								
INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA JURÍDICA								
INGRESO MENSUAL		OTROS INGRESOS MENSUALES		TOTAL INGRESOS MENSUALES		TOTAL EGRESOS MENSUALES		
\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		
TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS						
\$ 3.200.000		\$ 0						
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS								
ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES								
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>								
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>								
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____								
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>								
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA		
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS								
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 este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente actualizarlos conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se derivan del desarrollo de éste contrato no se destinan a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.								
3. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.								
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):								
5. Origen de Ingresos: De mi actividad económica <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____								
CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)								
Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:								
1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.								
2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.								
3. El alcance de los servicios de intermediación.								
4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.								
5. La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).								
6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.								
7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.								
8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.								
9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.								

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA #BACCL2 V.8

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

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO	
<p>Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.</p>	
<p><b>Consideración:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.</li> <li>4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.</li> <li>5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.</li> </ol>	
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	
<p>Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <a href="https://www.aseguradorasolidaria.com.co">https://www.aseguradorasolidaria.com.co</a>; 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 suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico <a href="mailto:tratamientodatos@solidaria.com.co">tratamientodatos@solidaria.com.co</a>.</p>	
<p>Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:</p>	
<p>i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de 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) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. xiv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.</p>	
<p>El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p>	
<p>Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados 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) FASECCLDA, 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</p>	
<p><b>RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:</b> Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:</p>	
<p>a) FASECCLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: <a href="mailto:fasecolda@fasecolda.com">fasecolda@fasecolda.com</a> Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.  b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: <a href="mailto:inverfas@fasecolda.com">inverfas@fasecolda.com</a> 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: <a href="mailto:directoroperativo@inif.com.co">directoroperativo@inif.com.co</a> Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.</p>	
<p>Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.</p>	
CANALES AUTORIZADOS	
<p><b>DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN:</b> Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034106 opción 4 de información general.</p>	
ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)	
<p>En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el Tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.</p> <p>Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;</li> <li>2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado, dicha finalidad deberá incluir la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización. La autorización referida también deberá incluir la facultad de consultar al Asegurado en centrales de información, así como la autorización requerida por la Ley 2300 de 2023 en los términos indicados por LA ASEGURADORA en el título de Canales Autorizados del presente documento.</li> <li>3. Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;</li> <li>4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;</li> <li>5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;</li> <li>6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;</li> <li>7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.</li> </ol> <p>Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.</li> <li>2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización.</li> <li>3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.</li> <li>4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.</li> </ol> <p>Parágrafo: Este acuerdo es aplicable para los Contratos de Seguro, donde el tomador es diferente al asegurado. Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. adquiere la calidad de encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien es el responsable de la información.</p>	
FIRMA Y HUELLA	
<p>Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los <u>17</u> días del mes de <u>Junio</u> del año <u>2025</u>, en la ciudad de <u>Topyayan</u></p>	
<p><u>Roger Alirio Garza Silva</u></p>	
<p>FIRMA Tipo y N° Documento: <u>CC. 10.544.099</u></p>	
<p>HUELLA</p>	
INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)	
<p>LUGAR DE ENTREVISTA _____</p>	
<p>NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____</p>	
<p>RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____</p>	
<p>En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.</p>	
<p>_____</p>	
<p>FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA</p>	
<p>_____</p>	
<p>CARGO</p>	
<p>_____</p>	
<p>FIRMA DEL INTERMEDIARIO</p>	
<p>_____</p>	
<p>CARGO</p>	

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.544.099**

**GRANDA SILVA**

APELLIDOS

**ROGER ALIRIO**

NOMBRES

  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-1963**

**BOLIVAR**  
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.56**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**M**

SEXO

**14-DIC-1981 POPAYAN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1100100-00196430-M-0010544099-20091112

0017965769A 1

33420669



## CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA

### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 10/06/2025 - 15:52:03

Recibo No. S001080158, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN fueBwbe5jm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=28> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

#### NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : TS SALUD SAS

Nit : 900519279-1

Domicilio: Popayán, Cauca

#### MATRÍCULA

Matrícula No: 126466

Fecha de matrícula: 19 de abril de 2012

Ultimo año renovado: 2025

Fecha de renovación: 10 de junio de 2025

Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

#### UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : PARCELACION LAS GARDENIAS VDA. CALIBIO. - Otro no codificado (pop)

Municipio : Popayán, Cauca

Correo electrónico : tssalud@hotmail.com

Teléfono comercial 1 : 3174316661

Teléfono comercial 2 : No reportó.

Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : PARCELACION LAS GARDENIAS VDA. CALIBIO. - Otro no codificado (pop)

Municipio : Popayán, Cauca

Correo electrónico de notificación : tssalud@hotmail.com

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

#### CONSTITUCIÓN

Por documento privado No. 1 del 16 de abril de 2012 de la Asamblea De Accionistas de Popayan, inscrito en esta Cámara de Comercio el 19 de abril de 2012, con el No. 30679 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada TS SALUD SAS.



CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 10/06/2025 - 15:52:03  
Recibo No. S001080158, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN fueBwbe5jm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=28> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**OBJETO SOCIAL**

Objeto social. - La sociedad tendrá como objeto principal la prestación de servicios de transporte para salud, traslado de pacientes, atención domiciliaria, la realización de asesorías, consultorías y auditorías para los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud, la construcción de infraestructura, compra y venta de elementos e insumos necesarios para operación, explotación y comercialización de todos los actores del sistema de seguridad social en salud, también podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita nacional o extranjera. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad.

**CAPITAL**

\* CAPITAL AUTORIZADO \*

Valor	\$ 40.000.000,00
No. Acciones	40,00
Valor Nominal Acciones	\$ 1.000.000,00

\* CAPITAL SUSCRITO \*

Valor	\$ 40.000.000,00
No. Acciones	40,00
Valor Nominal Acciones	\$ 1.000.000,00

\* CAPITAL PAGADO \*

Valor	\$ 40.000.000,00
No. Acciones	40,00
Valor Nominal Acciones	\$ 1.000.000,00

**FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

órganos de la sociedad. - La sociedad tendrá un órgano de dirección, denominado asamblea general de accionistas y un representante legal. \*\*\*\*\* La asamblea general de accionistas tendrá, además de las funciones previstas en el artículo 420 del código de comercio, las contenidas en los presentes estatutos y en cualquier otra norma legal vigente. \*\*\*\*\* Facultades del representante legal. - La sociedad será gerenciada, administrada y representada legalmente ante terceros por el representante legal, quien para contratar de forma independiente a la naturaleza y cuantía, deberá contar con la aprobación de la asamblea de socios. Por lo tanto, se entenderá que el representante legal no podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que



## CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA

### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 10/06/2025 - 15:52:03

Recibo No. S001080158, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN fueBwbe5jm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=28> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad, sin previo consentimiento de la asamblea de socios. El representante legal se entenderá investido de los mas amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedara obligada por los actos y contratos celebrados por el representante legal. Le esta prohibido al representante legal y a los demás administradores de la sociedad, por si o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica prestamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales.

#### NOMBRAMIENTOS

##### REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado No. 1 del 16 de abril de 2012 de la Asamblea De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 19 de abril de 2012 con el No. 30680 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	ROGER ALIRIO GRANDA SILVA	C.C. No. 10.544.099

##### RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

##### CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: Q8699

Actividad secundaria Código CIIU: F4111



CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 10/06/2025 - 15:52:03

Recibo No. S001080158, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN fueBwbe5jm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=28> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Otras actividades Código CIIU: F4112 Q8621

**ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS**

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

**ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO**

Nombre: T.S SALUD SAS

Matrícula No.: 126591

Fecha de Matrícula: 24 de abril de 2012

Último año renovado: 2025

Categoría: Establecimiento de Comercio

Dirección : PARCELACION LAS GARDENIAS VDA. CALIBIO. - Otro No Codificado (pop)

Municipio: Popayán, Cauca

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

**INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$0,00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8699.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para



## CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA

### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 10/06/2025 - 15:52:03

Recibo No. S001080158, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN fueBwbe5jm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=28> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

Luisa Fernanda Mendez Ramirez  
Dirección de Registros Públicos y Gerente CAE - Temporal

---

\*\*\* FINAL DEL CERTIFICADO \*\*\*

---

## CERTIFICADO PARA Quien interese.

Mediante la presente CERTIFICAMOS que ROGER ALIRIO GRANDA SILVA identificado con C.C. número 10.544.099 es cuentahabiente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día 16 de septiembre de 1999 con la Cuenta de Ahorros 041836883 la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de: ROGER ALIRIO GRANDA SILVA es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy 17 de junio de 2025



---

Julio Cesar Ortiz  
**GERENTE MEDIOS DE PAGOS**



JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD  
POPAYÁN - CAUCA  
j03ccpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

## AUDIENCIA INICIAL ART. 372 CGP, CONTINUACIÓN

Siendo las 9:03 de la mañana del 22 de mayo de 2025, se dio cumplimiento a lo ordenado por auto del 08 de mayo del mismo año, en el que se señaló esta fecha y hora para continuar con la audiencia inicial de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, dentro de este proceso verbal de mayor cuantía de RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, con radicación 19 001 31 03 003 – 2020 000 59 00, en el que es demandante la empresa TS SALUD y demandados la empresa de TRANSPORTES PUBENZA LTDA., ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, CRISTOBAL MENDOZA PILLIMUÉ y JHONATAN VÁSQUEZ MANCILLA. Por parte de la demandada TRANSPUBENZA LTDA se promovió llamamiento en garantía a la compañía de seguros ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

### IDENTIFICACIÓN DE LOS ASISTENTES:

En seguida se solicitó a las partes, apoderados y demás intervinientes procesales, que hicieran su presentación informando su nombre, número de documento de identidad, tarjeta profesional en el caso de los apoderados judiciales, dirección, número de teléfono, correo electrónico, especificando la calidad en la cual actúan al interior de este proceso.

Demandante:

#### **TS SALUD**

Representante Legal **ROGER ALIRIO GRANDA SILVA**

Apoderado:

#### **BORIS ANDRÉS LOMBANA SALAZAR**

Demandados:

#### **1. TRANSPORTES PUBENZA LTDA.**

Representante legal **EDILIO ANTONIO VILLAMARÍN ORDÓÑEZ**

**Apoderado**

**HAROLD WHILDER LASSO VILLAMARÍN**

#### **2. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

Representante Legal **JUAN DIEGO MAYA DUQUE**

**Apoderada**

**ÁNGELA MARÍA VALENCIA ARANGO**

#### **3. CRISTOBAL MENDOZA PILLIMUÉ**

**Apoderado**

**HAROLD WHILDER LASSO VILLAMARÍN**

#### **4. JHONATAN VÁSQUEZ MANCILLA**

**Curadora Ad Litem**

**LUZ NELLY LÓPEZ GALÍNDEZ**

#### **5. Llamada en garantía:**

**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**



JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD  
POPAYÁN - CAUCA  
j03ccpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

Representante Legal **JUAN DIEGO MAYA DUQUE**  
Apoderada Sustituta **ÁNGELA MARÍA VALENCIA ARANGO**

Se requirió a las partes para que informaran sobre los resultados de la conciliación, por la cual se suspendió la audiencia inicial del pasado 21 de noviembre de 2024, quienes manifestaron que su intención era zanjar sus discrepancias a través de esa figura jurídica de terminación anticipada del proceso.

El director de la audiencia nuevamente los exhorta a llegar a un acuerdo consensuado, habida cuenta lo dispendioso de este tipo de asuntos.

Luego de un extenso diálogo, las partes conciertan sus diferencias y logran un acuerdo, que pasa a aprobarse por medio del siguiente:

**AUTO:** En razón a que las partes dentro del presente proceso, han llegado a un acuerdo conciliatorio y que el mismo es celebrado por quienes tienen capacidad para hacerlo, aunado a que el objeto del litigio así lo permite, por referirse el mismo a la totalidad de las pretensiones demandadas y ajustarse a la legalidad, se

#### **RESUELVE:**

**Primero. APROBAR** en todas sus partes el acuerdo conciliatorio logrado entre la demandante TS SALUD representada legalmente por el señor ROGER ALIRIO GRANDA SILVA y los miembros de la parte demandada sociedad TRANSPORTES PUBENZA LTDA., ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Y CRISTOBAL MENDOZA PILLIMUÉ y que es del siguiente tenor: Previo el pago de la suma de CIENTO CINCUENTA Y DOS MILLONES DE PESOS M/CTE. (\$ 152.000.000), de los que la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA pagará CIENTO CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE. (\$ 145.000.000) y la sociedad TRANSPORTES PUBENZA LTDA la suma de SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE. (\$ 7.000.000). La aseguradora girará ese dinero en el término de 15 días hábiles, contados a partir de que la parte demandante radique en sus oficinas y vía digital, los siguientes documentos: 1. Formulario SARLAFT. 2. Copia de la cédula de ciudadanía del beneficiario. 3. Certificado de Existencia y Representación Legal de la entidad demandante. 4. Certificación bancaria del beneficiario. 5. Copia del acta de esta audiencia. Esa documentación se debe allegar de manera física y electrónica a las siguientes direcciones: Avenida 6A bis No. 35 N – 100 Of. 212 de Cali, Valle y a los correos electrónicos: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co) y [avalencia@gha.com.co](mailto:avalencia@gha.com.co). La sociedad TRANSPORTES PUBENZA LTDA. pagará la suma comprometida en 3 cuotas así: la primera por valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$ 2.300.000) el día 30 de mayo de 2025, la segunda por valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$ 2.300.000) el día 30 de junio de 2025 y la tercera por valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$ 2.400.000) el día 30 de julio de 2025. Los dineros se girarán por cada uno de los comprometidos a la cuenta de ahorros No. 041 836883 del Banco de Occidente, a nombre del representante legal de la entidad demandante ROGER ALIRIO GRANDA SILVA. **Segundo. DECLARAR**, en consecuencia, la terminación de este proceso. En su debida oportunidad, **ARCHÍVESE** el expediente y realícense las anotaciones correspondientes en los libros



JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD  
POPAYÁN - CAUCA  
j03ccpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

radicadores y en el sistema Justicia Siglo XXI. **Tercero. SIN COSTAS** dado el acuerdo que se aprueba. **Cuarto. ADVERTIR** a las partes que la conciliación que se aprueba y el presente auto, **HACE TRÁNSITO A COSA JUZGADA y PRESTA MÉRITO EJECUTIVO**, en caso de incumplimiento de alguna de las obligaciones y compromisos aquí adquiridos. **NOTIFIQUESE.** La notificación de la presente providencia se surte en estrados, dejándose constancia de que el auto contiene las sugerencias realizadas por las partes No siendo otro el objeto de esta audiencia, se termina y se firma por los que en ella intervinieron, siendo las 10:38 a.m.

Firmado Por:

**Fabian Dario Lopez Lopez**  
Juez Circuito  
Juzgado De Circuito  
Civil 003  
Popayan - Cauca

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: **c431ccf4268ea1257ddd3ba55468e2dea22bf4c0ad1e70f8f03e12b3f567c976**  
Documento generado en 22/05/2025 03:34:49 PM

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



# FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

NIT: 860.824.9544

SUSCRIPCION  SINISTROS

SI USTED ES ASEGURADO, AFILIADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VINCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL  FAMILIAR  COMERCIAL  SIN VINCULO

**DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)**

TIPO DE DOCUMENTO:  C.C.  PASAPORTE  OTRO

PRIMER APELLIDO: **RANDA** SEGUNDO APELLIDO: **SILVA**

FECHA DE NACIMIENTO: **14/11/1981**

SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

ESTADO CIVIL:  SOLTERO  UNION LIBRE  VIUDO  DIVORCIADO

ACTIVIDAD ECONOMICA:  ASALARIADO  ESTUDIANTE  SOCIO  PENSIONADO  RENTISTA  OTRO?

DEPARTAMENTO: **BOGOTÁ** CIUDAD: **BOGOTÁ**

CORREO ELECTRÓNICO: **randasilva@hotm.com**

TELÉFONO Fijo: **31431666** CELULAR: **31431666**

TELÉFONO DE FAX: **31431666**

CODIGO CIU (\*): **31431666**

**NOTA SARAFAI**

De acuerdo con las regulaciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARAFAI, que implementó la Aseguradora, como tomador de la póliza manifestado que por la forma de comercializar el producto, no se realizan entregas formales de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora no recabará en el momento de la presentación de la reclamación, sino a más tardar una vez se cuantifique el monto de siniestros pagados.

Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): (i) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normativa vigente y demás normas que lo modifiquen, complementación, actualización o adición; (ii) las representaciones legales de organizaciones internacionales y (iii) las personas que desempeñan funciones públicas designadas en otro país de acuerdo con persona que desempeña funciones importantes en el gobierno central, regional o local, o en una institución pública designada como tales de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios diplomáticos, jueces o miembros de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, y miembros administrativos, ejecutivos, y funcionarios importantes de partidos políticos.

PEP: (i) primer cónyuge (si es adoptivo o padre adoptivo); (ii) Segundo de grado de consanguinidad (padres, hijos, nietos); (iii) Segundo de grado de afinidad (yernos, nueros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañera permanente de la PEP); y (iii) Primer cónyuge (si es adoptivo o padre adoptivo).

1. ¿Es Usted una Persona Políticamente expuesta?  SI  NO

2. ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales?  SI  NO

3. ¿Es Usted un PEP extranjero?  SI  NO

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

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

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

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

**INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL**

INGRESO MENSUAL: **5,960,000** OTROS INGRESOS MENSUALES: **2,000,000** TOTAL INGRESOS MENSUALES: **7,960,000**

TOTAL ACTIVOS: **2,470,000** TOTAL PASIVOS: **2,000,000**

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS: **Consultoría - Asesoría**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA?  SI  NO

¿Usa usted algún de obligaciones tributarias en los Estados Unidos?  SI  NO

OTRO DETALLE:  IMPORTACIONES  EXPORTACIONES  INVERSIONES  TRANSFERENCIAS  PRESTAMOS EN MON. EXTRAJ.  PAGO DE SERVICIOS

IDENTIFICACION DEL PRODUCTO: ENTIDAD: \_\_\_\_\_ MONTO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ PAIS: \_\_\_\_\_

**DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS**

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 competencias en el Código Penal Colombiano.

2. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obliga a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarlos conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Asseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Asseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

3. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verdaderas en la forma en que aparecen escritas.

4. Manifesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):  Otros  Cuales?

6. Origen de Ingresos: De mi actividad económica  Otros  Cuales?

**CONSTANCIA DE ASESORIA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCION)**

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

2. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obliga a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarlos conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Asseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Asseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

3. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verdaderas en la forma en que aparecen escritas.

4. Manifesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):  Otros  Cuales?

6. Origen de Ingresos: De mi actividad económica  Otros  Cuales?

**AUTORIZACION PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO**

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

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 monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.

3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012.

4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.

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

TOOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBE OBTENERSE DIRECCIONADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS CASOS NO TENDRAN INFORMACION POR FAVOR ESCRIBIR (NO APLICA) EL PRESENTE documento de conocimiento del cliente a ser diligenciado por el requerido (siempre y cuando el documento sea diligenciado por el requerido) y por la manifestación de aceptación (del solicitante).

ESTADO DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL (M-CC-CL) V.11

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de 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 suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico [tratamientodatos@solidaria.com.co](mailto:tratamientodatos@solidaria.com.co).

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

i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de 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) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. xiv) Recolectar 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. xv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

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

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

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

**CANALES AUTORIZADOS**

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

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

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

- Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:
1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
  2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado, dicha finalidad deberá incluir la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización. La autorización referida también deberá incluir la facultad de consultar al Asegurado en centrales de información, así como la autorización requerida por la Ley 2300 de 2023 en los términos indicados por LA ASEGURADORA en el título de Canales Autorizados del presente documento.
  3. Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
  4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
  5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
  6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento está previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
  7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

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

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

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

**FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 17 días del mes de Junio del año 2025, en la ciudad de Popayán

*Roger Alirio Granda Silva*

*[Firma manuscrita]*



NOMBRE

FIRMA

Tipo y N° Documento: CC.10.544.099

OBSERVACIÓN HUELLA

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

LUGAR DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERMEDIARIO

\_\_\_\_\_  
CARGO

\_\_\_\_\_  
CARGO