



Creando Oportunidades

BBVA Colombia  
NIT 860.003.020-1  
Certifica

Que nuestro(a) cliente CARLOS JOSE MAHECHA LOZANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,020,727,291 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 021001274 aperturada el 5 de septiembre de 2023 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 7 de marzo de 2025.

---

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

Cuenta de 10 dígitos:	0021001274
Cuenta de 16 dígitos:	0021000200001274
Cuenta de 20 dígitos:	00130021000200001274

---

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

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

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.020.727.291

MAHECHA LOZANO  
APELLIDOS

CARLOS JOSE  
NOMBRES

CARLOS MAHECHA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1987  
LA DORADA  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

16-SEP-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1500101-47142351-M-1020727291-20051222

0426305356A 02 204075384



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Superfinanciera

Radicación: 2024037800-029-000

Fecha: 2025-03-06 16:24 Sec.día 150870

Anexos: Si

Trámite: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES

Tipo doc: 105-105 AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN

Remitente: 80010-80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Destinatario: 80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES  
JURISDICCIONALES

Referencia: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – ARTÍCULOS 57 y 58 DE LA LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO-.

Número de Radicación : 2024037800-029-000  
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES  
Actividad : 105 105 AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN  
Expediente : 2024-5079  
Demandante : CARLOS JOSE MAHECHA LOZANO  
Demandados :  
Anexos : E2  
Acta de Control de Asistencia y audio

En Bogotá, a los 6 días de marzo de 2025, en fecha y hora señalada mediante auto, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales se constituye en audiencia pública conforme lo dispuesto en el artículo 392 del Código General del Proceso, disponiendo la grabación de lo actuado acorde con lo dispuesto en el numeral 4º del artículo 107 de la codificación procesal en cita, registro que forma parte integral de la presente acta. **Se deja constancia que la grabación de la audiencia atendiendo el principio de publicidad de esta etapa del proceso (Num. 5º Art. 107 de CGP) tendrá la calidad de documento público, y en virtud de ello se advierte a las partes frente al manejo de sus datos personales.**

Comparece la parte demandante y la demandada con su apoderado judicial en sustitución, a través del medio virtual disponible, tal y como consta en el registro de grabación.

### ACUERDO CONCILIATORIO

**PRIMERO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, pagará con cargo a la Póliza de Seguro Cuota Segura Dependientes Crédito Consumo No. 02 332 0000027780 y a favor del demandante, **CARLOS JOSE MAHECHA LOZANO**, la suma única de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO SETENTA Y SÉIS PESOS (\$4.264.176)**, a más tardar dentro de los 20 días hábiles siguientes al cumplimiento del numeral **TERCERO** del presente acuerdo respecto de los documentos físicos, a la cuenta cuya certificación se allegue. **SEGUNDO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, remitirá a más tardar el día de hoy, 6 de marzo de 2025, al correo electrónico [cratch@hotmail.com](mailto:cratch@hotmail.com) el formulario SARLAFT requerido. La parte actora manifiesta haber recibido el documento en audiencia. **TERCERO: El demandante, CARLOS JOSE MAHECHA LOZANO**, remitirá a más tardar el día 7 de



marzo de 2025 al correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co) y en físico a la Carrera 11A # 94A – 23, Of. 201 de Bogotá, los siguientes documentos: (i) Formulario SARLAFT debidamente diligenciado y suscrito por **CARLOS JOSE MAHECHA LOZANO**, (ii) Copia de la cédula de ciudadanía de **CARLOS JOSE MAHECHA LOZANO** por ambas caras, (iii) Certificación bancaria de una cuenta de titularidad de **CARLOS JOSE MAHECHA LOZANO**, que no sea superior a treinta (30) días calendario. (iv) Copia simple del acta de la presente diligencia. **CUARTO:** Con el anterior acuerdo, las partes manifiestan quedar a paz y a salvo por todo concepto derivado de la reclamación realizada por **CARLOS JOSE MAHECHA LOZANO**, que motivó la presente acción de protección al consumidor con número de expediente **2024-5079**.

## AUTO

Visto que las partes han llegado a un acuerdo total sobre las pretensiones objeto de la acción de protección al consumidor del asunto, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales,

## RESUELVE

**1) ACEPTAR** el acuerdo conciliatorio al que han llegado **CARLOS JOSE MAHECHA LOZANO** y **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, dentro del proceso No. **2024-5079**, el cual tiene efectos de cosa juzgada y concilia en su totalidad el conflicto existente entre las partes. **2). DAR POR TERMINADO** el proceso de la referencia No. **2024-5079**. **3)** Por Secretaría, expídanse copias de esta acta con destino y a cargo de las partes y sus apoderados, haciendo precisión que estas deben tener constancia de ejecutoria para que preste mérito ejecutivo. **4)** En este sentido, **CUMPLIDAS** las obligaciones asumidas por las partes en el presente acuerdo, dentro de los DIEZ (10) días hábiles siguientes remítase con destino al presente proceso soporte del cumplimiento de las mismas. **5)** Cumplido lo anterior, por Secretaría, ARCHÍVESE el expediente dejando las anotaciones a que haya lugar.

Esta decisión se notifica a las partes en estrados, las cuales se identifican nuevamente en señal de aceptación del contenido del acta y, no siendo más el motivo de la presente, se termina la diligencia y se firma por el director de audiencia.

En el documento anexo a la presente acta, encontrará la grabación de la audiencia. Recuerde que **puede consultar el expediente completo de su demanda**, a través del sitio web de la Superintendencia Financiera [www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co) → menú *Consumidor Financiero* → *Funciones Jurisdiccionales* → **Consulta Expediente**, digitando su número de identificación y el número de radicación de su demanda (número de 10 dígitos), seguido del check “*No soy un robot*”.

Finalmente, le reiteramos nuestro correo electrónico institucional [jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co](mailto:jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co) y los canales de atención:

- Centro de Contacto telefónico +57 **6013078042** de lunes a viernes 7:30 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua.
- WhatsApp +57 **3176398781**



sfc sfc sfc sfc sfc  
sfc sfc sfc sfc sfc  
PEDRO MIGUEL QUINTERO TRIANA  
sfc sfc sfc sfc sfc

**PEDRO MIGUEL QUINTERO TRIANA**

ASESOR

80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Copia a:

Elaboró:

PEDRO MIGUEL QUINTERO TRIANA

Revisó y aprobó:

PEDRO MIGUEL QUINTERO TRIANA

# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL- SECTOR ASEGURADOR

## 1. FORMULARIO Y CLASE DE VINCULACIÓN

Fecha Diligenciamiento  Ciudad  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: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Proveedor  Intermediario  Otro

## 2. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  NOMBRES  TIPO DOCUMENTO

NÚMERO  FECHA DE EXPEDICIÓN  LUGAR DE EXPEDICIÓN  FECHA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD 1  NACIONALIDAD 2  E-MAIL

LUGAR DE NACIMIENTO  TELÉFONO  CELULAR  DIRECCIÓN (Residencia)

CIUDAD  DEPARTAMENTO  ACTIVIDAD PRINCIPAL  CIU (cod)

SECTOR Y TIPO DE ACTIVIDAD  ¿Cual?  OCUPACION  CARGO

EMPRESA  DIRECCIÓN (Oficina)  CIUDAD  DEPARTAMENTO

TELÉFONO (Oficina)  ¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes)

ACTIVOS (Pesos)  INGRESOS MENSUALES (Pesos)

PASIVO (Pesos)  OTROS INGRESOS (Pesos)

PATRIMONIO (Activos - Pasivos, Pesos)  EGRESOS MENSUALES (Pesos)

CONCEPTO OTROS INGRESOS

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? (Ver definición en el pie de página)  SI  NO ¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP? (Ver definición de vinculado en el pie de página)  SI  NO

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y Anexo 2 de identificación de vinculados a PEP.

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?  SI  NO ¿Realiza operaciones internacionales?  SI  NO Indique:

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?  SI  NO Indique:

¿Es responsable del RUT?  SI  NO Si su respuesta fue afirmativa, indique su código de responsabilidad.

Si su respuesta fue afirmativa, indique su correo electrónico registrado en la DIAN

### DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- Fotocopia del documento de identidad.
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente no mayor a 30 días,
- Estados Financieros y/o Declaración de Renta

Adicionalmente la aseguradora podrá requerir otros documentos de acuerdo con sus políticas en el marco del conocimiento intensificado del Cliente.

## 2.2 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a mantenerla actualizada conforme sea requerida por la entidad.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas, ni armas de destrucción masiva.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos:

## 3. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS DISTINTOS AL TOMADOR

1) Definición de asegurado y/o beneficiario distinto al tomador.

2) Si es una Persona Expuesta Políticamente o es vinculado a una de ellas, sírvase diligenciar el Anexo 1 "Conocimiento mejorado de personas expuestas políticamente" y Anexo 2 "Identificación de vinculados a personas expuestas políticamente", según corresponda.

Nombres y Apellidos / Razón Social	Tipo de ID	Número de ID	¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) o vinculado con una de ellas?	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otros país o grupo de países?

Si respondió que el asegurado y/o beneficiario distinto del tomador tiene obligaciones tributarias en otros países, indique en qué país

**1. Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Se consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias. funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. Se considera PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

**2. PEP de organizaciones internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

**3. PEP extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

**Definición de vinculado y asociado cercano:**

1. Hasta Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).

2. Segundo de afinidad: padres y hermanos del cónyuge (suegros y cuñados), cónyuge de hijo o hija (nuera y yerno) y/o hijos del cónyuge que no sean propios (entendados).

3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

4. Asociado cercano: Si usted es una PEP, asociados cercanos son quienes junto con usted son socios, accionistas con una participación superior al 5% de la persona jurídica, administradores o miembros de Junta Directiva. En caso de que usted no sea una PEP, es asociado cercano si es socio o accionista junto con una PEP de una persona jurídica y ambos tienen una participación superior al 5%.

**4. 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 contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.

3. Que los 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**

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriban contratos de seguros:

Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono
SBS Seguros Colombia S.A. Avenida Cra 9 No. 101 - 67, Piso 7 Teléfono: (1)3138700	Allianz Carrera 13 A No. 29-24 Teléfono: (1)5600600	Aseguradora Solidaria Calle 100 No. 9A-45 Teléfono: (1)6464330
BBVA Seguros Carrera 9 N° 72-21, Piso 8 Teléfono: (1)2191100	Cardif Carrera 7a No. 75 - 66 Teléfono: (1)7444040	JMalucelli Travelers Seguros S.A Calle 98 No. 21-50 Teléfono: (1)7039052
CHUBB Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B, Piso 7, Edificio BVC Teléfono: (1)3266210	Confianza S.A. Calle 82 No. 11-37 Teléfono: (1)6444690	Bolívar Av. Dorado No. 68B-31 Teléfono: (1)3410077
Aurora Carrera 7 No. 74-21 P 1 Y 3 Teléfono: (1)7425119	Colmena Seguros Av. Calle 72 No. 10-71 P4 Teléfono: (1)3241111	Seguros Mundial Calle 33 No. 6B-24 Teléfono: (1)2855600
HDI Seguros S.A. Carrera 7 No. 72-13 Teléfono: (1)3468888	Global Seguros Carrera 9 No. 74-62 Teléfono: (1)7440084	La Equidad Seguros Carrera 9A No. 99-07 Teléfono: (1)5922929
La Previsora Calle 57 No. 9-07 Teléfono: (1)3485757	Liberty Calle 72 No. 10-07 Teléfono: (1)3103300	Mapfre Carrera 14 No. 96-34 Teléfono: (1)6503300
Metlife Carrera 7 No. 99-53 Teléfono: (1)6388240	Pan American Life Calle 116 No # 23 - 06 / 28 Piso 7 Teléfono: (1)3267400	Positiva Av. Carrera 45 No.94-72 Teléfono: (1)6502200
BMI Carrera 11 No. 84-09 Costado Sur Piso 9 Teléfono: (1)5187700	Segurexpo Calle 72 No. 6-44 Teléfono: (1)3266969	Seguros Alfa Av Calle 24A No. 59-42 Teléfono: (1)3446770
Suramericana S.A Carrera 64b No 49A - 30 Medellín Colombia (4)2002100	Seguros del Estado Carrera 11 No. 90-20 Teléfono: (1)6019330	Skandia Av. 19 No. 109A- 30 Teléfono: (1)6584300
AXA Colpatría Carrera 7 No. 24-89 Teléfono: (1)3364677	Nacional de Seguros Calle 94 No. 11-30 P 4 Teléfono: (1)7463219	Coface Calle 91 No. 11-29, Edif 91.11, Piso 5 Teléfono: (1) 6231631
Berkley Calle 75 # 5-88 piso 3 Edificio Difransa Teléfono 601 3572727	Zurich Calle 116 No. 7-15 Oficina 1201 Teléfono: (1) 5188482	Solunion Calle 7 sur No. 42-70 Oficina 815, Medellín Teléfono: (4) 4440145
OTRA:	OTRA:	OTRA:

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la(s) sociedad(es) matriz de la(s) sociedad(es) referenciadas y con la(s) que se suscriban contrato(s) de seguros.

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad , Es:   
Dirección:  Teléfono:

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s)

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:

1. 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.

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

**I. 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) 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) Consulta, almacenamiento, actualización, conservación, compilación, modificación, eliminación, administración, transferencia, ofrecimiento, grabación, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio y comercial.

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

III. **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 Y REASEGUROS**. 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.

IV. **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.

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

VI. **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.

VII. **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.

VIII. **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) **FASECOLDA** 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.

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.

3. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles 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.

4. **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN:** A través de este formulario, he presentado a LA ASEGURADORA datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO A LA ASEGURADORA y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartera, lo indicaré por escrito a LA ASEGURADORA y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales:

## 5. 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

\_\_\_\_\_ FIRMA CLIENTE O APODERADO

Huella Dactilar

## 6. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN y/o ENTREVISTA (en caso de aplicar)

Fecha de Verificación: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Lugar de Verificación: \_\_\_\_\_

Hora de Confirmación: \_\_\_\_\_

Nombre y Cargo de Quien Verifica \_\_\_\_\_

Nombre del Intermediario \_\_\_\_\_

Nombre del Asesor \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

