

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.101.688.359**
MONCADA CUERVO

APELLIDOS
NAYDU CATHERIN

NOMBRES

Naydu Catherin Moncada

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

01-MAY-1990

SOCORRO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

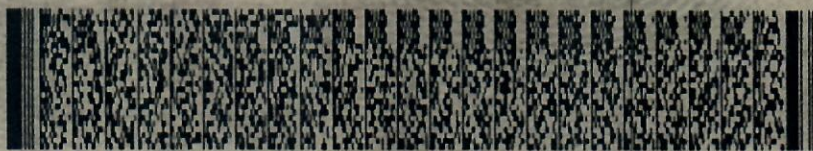
SEXO

11-JUL-2008 SOCORRO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2700100-00653761-F-1101688359-20141230

0042127970A 1

6863169335



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**SAN GIL,
SANTANDER,
COLOMBIA,
A quien interese**

03/06/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora NAYDU CATHERIN MONCADA CUERVO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1101688359**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550047600144670

Fecha de apertura

20/11/2024

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Superfinanciera

Radicación: 2025035708-021-000

Fecha: 2025-05-28 09:57 Sec. día 280767

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 : 2025035708-021-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 105 105 AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN
Expediente : 2025-4804
Demandante : NAYDU CATHERIN MONCADA CUERVO
Demandados : LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO
Anexos : E1

En Bogotá, a los 28 días del mes de mayo de 2025, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales, se constituye en audiencia pública para los efectos que establece el numeral 6º del artículo 372 al cual remite el artículo 392 del Código General del Proceso. disponiendo la grabación de lo actuado en los términos del numeral 4º del artículo 107 de la misma codificación, 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.**

La audiencia se desarrolla de manera Virtual a través del sistema de video conferencia Microsoft Teams.

Comparecen las partes a través del medio virtual disponible, tal y como consta en el registro de grabación.

Se da inicio a la etapa de conciliación (*Se suspende la grabación*)

Una vez surtida la etapa de la conciliación (*Se retoma la grabación*)

ACUERDO CONCILIATORIO

PRIMERO: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO remitió el día de hoy 28 de mayo del año 2025 al correo electrónico nmoncada547@unab.edu.co el formulario SARLAFT y formato de autorización-pago indemnización, para ser diligenciados por la señora NAYDU CATHERIN MONCADA CUERVO. La parte demandante reconoce haber recibido los documentos en audiencia.



SEGUNDO: La señora NAYDU CATHERIN MONCADA CUERVO, remitirá a la dirección física Av 6 a Bis # 35n - 100 ofc 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali, con copia a los correos electrónicos avalencia@gha.com.co y notificaciones@gha.com.co, a más tardar el 6 de junio del año 2025, los siguientes documentos: (i) Formulario SARLAFT y formato de autorización-pago indemnización debidamente diligenciados con firma y huella de la señora NAYDU CATHERIN MONCADA CUERVO; (ii) certificación bancaria de una cuenta activa de titularidad de la señora NAYDU CATHERIN MONCADA CUERVO que no sea superior a 30 días calendario; (iii) copia de la cédula de ciudadanía de la señora NAYDU CATHERIN MONCADA CUERVO por las dos caras ampliada al 150%; (iv) copia del acta de conciliación. **TERCERO:** LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO pagará a la señora NAYDU CATHERIN MONCADA CUERVO mediante transferencia bancaria a la cuenta cuya certificación se allegue, la suma única de **CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS (\$48.000.000)**. Pago que se realizará dentro de los VIENTE (20) días hábiles siguientes a que se dé cumplimiento al numeral SEGUNDO de este acuerdo por parte de la demandante. **CUARTO** Con el cumplimiento del anterior acuerdo, las partes manifiestan quedar a paz y salvo por todo concepto derivado de la reclamación realizada por la señora NAYDU CATHERIN MONCADA CUERVO a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, y que motivó la presente acción.

AUTO: Visto que las partes ha llegado a un acuerdo sobre las pretensiones objeto de la acción de protección al consumidor del asunto, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, **RESUELVE:** 1) **ACEPTAR** el acuerdo conciliatorio al que han llegado las partes dentro del proceso número 2025-4804 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 número 2025-4804. 3) Por Secretaría, expídanse copias de esta acta con destino y a cargo de las partes haciendo precisión que la primera copia dirigida a cada una de ellas debe tener constancia de ejecutoria para que preste mérito ejecutivo. 4) **CUMPLIDAS** las obligaciones asumidas por las partes en el presente acuerdo, dentro de los cinco (5) 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. La anterior decisión es notificada a las partes en estrados.

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 → 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 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



**Superintendencia
Financiera de Colombia**

sfc sfc sfc
sfc sfc sfc sfc sfc
sfc sfc sfc sfc sfc
sfc sfc sfc sfc sfc

ANDRES FELIPE GUERRERO MEDINA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO
Copia a:

Elaboró:
ANDRES FELIPE GUERRERO MEDINA
Revisó y aprobó:
ANDRES FELIPE GUERRERO MEDINA



equidad
seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☒ INTERMEDIAR: ☐ OT: ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS: ☐ INDEMNIZACIÓN: ☒ PRESTACIÓN DE SERVICIO: ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: _____ NIT: _____ ACTIVIDAD ICA: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____
TELÉFONOS: _____ FAX: _____ CELULAR: _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES: Nayda Catherine PRIMER APELLIDO: Morales SEGUNDO APELLIDO: Cervio
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC NÚMERO: 1101688359 FECHA EXPEDICIÓN: 11-07-2008 CIUDAD EXPEDICIÓN: Socorro
DIRECCIÓN: Calle 311C-85 CIUDAD: San Gil DEPARTAMENTO: Santander
TELÉFONOS: 3124295465 FAX: _____ CELULAR: 3124295465

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA: 0550047600144670 CORRIENTE: ☐ AHORROS: ☒ CÓDIGO DEL BANCO: _____
BANCO: Davivienda SUCURSAL: San Gil CIUDAD: San Gil

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICIÓN
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	ÁREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICIÓN
TELÉFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: _____

En constancia se firma en: San Gil a los 03 del mes de Junio de 2025

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



SI YO CAMBIO
CAMBIA EL MUNDO

La Equidad Seguros O.C.
comprometida con el medio ambiente

Dirección: Cra 9a N°99-07

Tel: 592 2929

www.laequidadseguros.coop

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

Fecha Diligenciamiento: 03-06-25 Ciudad: San Gil Sucursal: _____

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 _____

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado
Tomador-Beneficiario
Asegurado-Beneficiario

Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐ Cual _____
Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐ Cual _____
Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐ Cual _____

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Moncada SEGUNDO APELLIDO: Cuerpo NOMBRES: Naydu
TIPO DE DOCUMENTO: CC NÚMERO: 1101688359 FECHA DE EXPEDICIÓN: 11-07-2008 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Sorono
FECHA DE NACIMIENTO: 01/06/90 LUGAR DE NACIMIENTO: Sorono NACIONALIDAD: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____
E-MAIL: moncada547@unab.edu.co DIRECCIÓN (Residencia): Calle 3 11C-85 CIUDAD: San Gil
DEPARTAMENTO: Santander TELÉFONO: _____ CELULAR: 3124295465
SECTOR: Privado CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: Empleado ¿Cual?: _____
OCUPACIÓN: empleada CARGO: Directora oficina EMPRESA DONDE TRABAJA: Cooperativas
CIUDAD: San Gil DIRECCIÓN (Oficina): Calle 10 9-77 DEPARTAMENTO: Santander
TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): _____
¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): _____
INGRESOS MENSUALES (Pesos) \$9.500.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) \$3.600.000
ACTIVOS (Pesos) \$320.000.000 PASIVO (Pesos) \$84.000.000
PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos) \$236.000.000 OTROS INGRESOS (Pesos) _____
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES _____

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página) SI ☐ NO ☒ ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? 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 vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI ☐ NO ☒

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI ☐ NO ☒ Indique: _____

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

- Declaro expresamente que:
1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. 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 como mínimo.
 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: Empleado

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒ CUAL _____
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI ☐ NO ☒ ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como Jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios de importantes partidos políticos.

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

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%

- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.

2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:

a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.

b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.

c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.

d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.

e. El control y la prevención del fraude.

f. La liquidación y pago de siniestros.

g. En general, la gestión integral del seguro contratado.

h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.

i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.

j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.

k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.

m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.

n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.

3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.

4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:

a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.

b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.

c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.

d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.

e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.

6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.

8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.

10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.

11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.

12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

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

[Firma manuscrita]

FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

Nombre del Intermediario: _____

Nombre del Asesor: _____

Resultados de la Entrevista: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____

Firma: _____

Observaciones: _____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, 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	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).