Popayan, Octubre 30 de 2.026.

Señores
MUNICIPIO DE CALDONO.
Caldono – Cauca.

REF: OBSERVACIONES SELECCION ABREVIADA DE MENOR CUANTIA SAMC-018-2026

Del Asunto en mención se presentan las siguientes observaciones:

TRDME.

1.- Para el Amparo de HAMCC Y AMIT, toma a poblaciones solicitamos respetuosamente se permita sub limitar este amparo al 50%.

2.- En el ítem Maquinaria y Equipos por valor de $11.575.079.oo, informarnos a que tipo de maquinaria esta referido y si corresponden a valores de reposición o reemplazo.

RCSP.

3.- Se anexa formulario de RCSP, para su diligenciamiento, firma y publicación.

4.- Informarnos si este ramo se han presentado hallazgos por parte de los entes de control para el año 2025-2026.

IRF.

5.- Anexamos formulario de IRF, para su diligenciamiento, firma y publicación. Anexar los estados financieros de los últimos dos años 2024, 2025.

6.- Solicitamos se permita aplicar deducible de $10.000.000.oo toda y cada perdida.

AUTOMOVILES.

7.- La cláusula de Amparo Automático favor estipularla en la suma de $300.000.000.o.

SINIESTRALIDAD.

8.- Informar la siniestralidad del todo el programa en el periodo 2025-2026, detallando fecha de aviso, fecha siniestra, vr reserva, vr pagado, amparo afectado etc.

Cordialmente,

DIEGO CERTUCHE CHAGUENDO
DIRECTOR TECNICO
AGENCIA DELEGADA SEAS POPAYÁN
Calle 8 #9-24 Barrio San Camilo diagonal a los juzgados
Tel. 8200586 - 3174021164

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOLICITUD PÓLIZA DE INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS

1. INFORMACIÓN GENERAL

(a) Nombre del Asegurado:

(b) Subsidiarias (indique porcentaje de participación):

A menos que sea requerido por el asegurado, esta póliza cubrirá al asegurado y sus subsidiarias: (Subsidiaria es cualquier organización que sea controlada por una entidad que esté incluida dentro del asegurado por tener o controlar más del 50% de las acciones). Este formulario debe ser completado para reflejar el funcionamiento de todas las entidades para las cuales se solicita cobertura.

(c) **Dirección**:

(d) Clase de Negocio (del Asegurado y de todas las entidades cubiertas):

(e) Fecha de Fundación:

(f) Total Activos:

(g) Total Ventas/Ingresos

Número total de Sucursales: 1. Nacional 2. Internacional: 3. Total

Nombre y porcentaje de cualquier accionista que tenga más del 50% del capital accionario:

NOMBRE DEL ACCIONISTA	PORCENTAJE

¿El asegurado se ha fusionado o adquirido cualquier otro negocio o entidad durante los últimos 5 años?

Sí **No** Sí es así, por favor dar mayor información.

Por favor anexar Estados Financieros actualizados (Balance General y Estado de Pérdidas y Ganancias) con sus respectivas notas.

2. SEGUROS ANTERIORES

(a) ¿Es la primera vez que se pide este tipo de seguro? **Sí** ☐ **No** ☐

(b) Fecha de iniciación de cobertura de la póliza actual:

(c) ¿Se ha interrumpido la póliza para alguna vigencia? **Sí** ☐ **No** ☐

(d) Hace cuánto tiempo se viene trabajando con esta póliza:

Por favor detallar los seguros anteriores para los últimos 2 años:

	Aseguradora	Límites	Periodo	Deducibles
1. Actual				
2. Anterior				

3. AUDITORIAS

(a) ¿Son las cuentas auditadas por una compañía externa e independiente? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Por quién? ¿Con qué frecuencia?

(b)¿Cubre la auditoría todas las áreas de la compañía? **Sí** ☐ **No** ☐

Si no, describa las limitaciones que presenta:

(c) ¿La auditoría se hace a todas las Entidades Subsidiarias? **Sí** ☐ **No** ☐

Si no, dar mayor detalle:

(d) ¿Se hacen informes de auditoría por escrito? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Sí es así, indique a quién se le dirigen?

(e) ¿La auditoría externa revisa los sistemas de control interno? **Sí** ☐ **No** ☐

(f) ¿Ha cambiado de Auditor Externo en los últimos 3 años? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Por qué?

(g) ¿Los Auditores Externos han realizado recomendaciones que no hayan sido adoptadas?

Si ☐ **No** ☐

Explique

(h) Si no se requiere de una auditoría externa independiente, ¿quién es el responsable de auditar las cuentas?

Brevemente explicar cuál es el alcance y las limitaciones de esta auditoría:

(i) ¿Se tiene un departamento de auditoría interna? **Sí** ☐ **No** ☐

(j) Con qué frecuencia se hacen auditorías internas:

(k) Cuantas personas componen este departamento?

(l) ¿A quién reporta?

(m) ¿Se hacen informes de auditoría por escrito? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Sí es así, indique a quién se le dirigen? ☐

(n) Cubre la auditoría todas las áreas de la Compañía? **Sí** ☐ **No** ☐

Si no, describa las limitaciones que presenta:

(n) ¿La auditoría se hace a todas las Entidades Subsidiarias? **Sí** ☐ **No** ☐

Si no, dar mayor detalle:

(o) ¿Se auditan las facilidades de Procesamiento Electrónico? **Sí** ☐ **No** ☐

(n) Existen Manuales de Auditoría y Procedimientos de Control? **Sí** ☐ **No** ☐

4. COMPRAS

(a) ¿Mantiene una lista de vendedores aprobados? **Sí** ☐ **No** ☐

(b) ¿Utiliza formatos (órdenes de pago, reportes de recibos y solicitud de cupones de cheques) con números preimpresos seriales? **Sí** ☐ **No** ☐

(c) ¿Antes del pago son conciliadas las órdenes de compra y recibos de ventas y la información del vendedor con la lista aprobada de vendedores por una persona no asignada a compras y recibo? **Sí** ☐ **No** ☐

(d) Todas las ordenes son confirmadas con los vendedores por alguien no asignado a comprar o recibir? **Sí** ☐ **No** ☐

(e) Los compradores y asistentes de compras están sujetos a límites de autorización? **Sí** ☐ **No** ☐

Cuáles: ☐

5. INVENTARIOS

Se realiza un inventario completo (con chequeo físico) de los stocks (materia prima, ¿materiales, mercancías y repuestos) y de los equipos? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Quién es el encargado de realizarlo?

¿Con qué frecuencia?

¿Son los inventarios de stock y equipos auditados? **Sí** ☐ **No** ☐

6. CONTROLES EN LAS CUENTAS BANCARIAS

Los empleados que reconcilian las cuentas bancarias también:

(a) ¿Firman cheques? **Sí** ☐ **No** ☐

(b) ¿Manejan depósitos? **Sí** ☐ **No** ☐

(c) ¿Tienen acceso a máquinas visadoras de Cheques? **Sí** ☐ **No** ☐

(d) ¿Los empleados que preparan las requisiciones de cheques también tienen autoridad para firmarlos? **Sí** ☐ **No** ☐

Sí alguna de las respuestas anteriores fue “Si”, ¿qué otros controles se tienen?

7. VALORES EN RIESGO

(a) Cuáles son las cantidades promedio y máximas que se tienen en un día común de trabajo de:

	EFECTIVO	CHEQUES	TITULOS VALORES
PRINCIPAL			
SUCURSALES			
AGENCIAS			

Cuáles son las cantidades promedio y máximas que se transportan con mensajeros:

	EFECTIVO	CHEQUES	TITULOS VALORES
PRINCIPAL			
SUCURSALES			
AGENCIAS			

(b) ¿Utilizan Vehículos Blindados? **Sí** ☐ **No** ☐

Indicar en que ocasiones

(c) ¿Mantiene un sistema de custodia conjunta y control dual con respecto a Títulos Valores, Cheques, Códigos, Pruebas, Llaves, Cajas Fuertes, Cheques en blanco o propiedades que potencialmente sean de valor? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Todos los cheques requieren doble firma? **Sí** ☐ **No** ☐

8. METALES PRECIOSOS

¿Existe alguna exposición debido a metales o piedras preciosas (por ejemplo, plata, oro, platino, diamantes o materiales similares que tengan un alto costo)? **Sí** ☐ **No** ☐

Si es así, por favor agregar una copia del manual de procedimientos y un listado de esos metales y piedras preciosas en donde se indique el lugar donde están ubicados, el valor promedio y máximo de esos materiales en cada predio y los controles que se tienen para su uso (quién tiene acceso, que protecciones al hacer el inventario se tienen, etc.) y en qué forma los materiales están (barras, polvo, etc.).

9. CONTROLES EN LOS SISTEMAS

(a) ¿Se realiza una rotación periódica de los programadores y operadores para minimizar la posibilidad de que los equipos sean usados de una manera inadecuada? **Sí** ☐ **No** ☐

(b) ¿Son las labores de los programadores y operadores separadas? **Sí** ☐ **No** ☐

(c) ¿Son las salidas del sistema (informes) reconciliados por personas diferentes a las que preparan y procesan las entradas? **Sí** ☐ **No** ☐

(d) ¿Se tienen controles de pre-autorización para los programadores y operadores? **Sí** ☐ **No** ☐

(e) ¿Las auditorías incluyen pruebas para detectar cambios no autorizados de programación? **Sí** ☐ **No** ☐

(f) ¿Posee un código de usuario automático y manual de uso de este? **Sí** ☐ **No** ☐

(g) ¿Las claves son usadas para permitir diferentes niveles de acceso al computador? **Sí** ☐ **No** ☐

(h) ¿Las claves son cambiadas cuando un empleado abandona la compañía? **Sí** ☐ **No** ☐

(i) ¿Tienen acceso físico o electrónico a los sistemas del asegurado personas diferentes a los empleados? **Sí** ☐ **No** ☐

(j) Tiene un programa de auditoría en Procesamiento Electrónico de Datos en operación? **Sí** ☐ **No** ☐

(k) Tiene su departamento de Auditoría Interna entrenamiento y experiencia en auditoría en Procesamiento Electrónico de Datos? **Sí** ☐ **No** ☐

Descríbala: ☐

10. TRANSFERENCIAS BANCARIAS

(a) ¿Cuál es el número diario de transferencias bancarias realizadas? ☐

(b) ¿Cuál es la cantidad máxima individual transferida? ☐

(c) ¿Cuál es el volumen máximo mensual transferido? ☐

(d) ¿Quién está autorizado para transferir fondos y cuál es su límite de autoridad?

☐

(e) ¿Tiene usted manuales de procedimientos actualizados que cubran las transferencias bancarias?
Sí ☐ **No** ☐

(f) Emplea un sistema de devolución de llamada a una persona diferente a la que inició la transferencia? **Sí** ☐ **No** ☐

(g) Son los computadores usados para manejar transferencias? **Sí** ☐ **No** ☐

Sí es así, agregar una copia de los procedimientos utilizados.

¿Se cumplen estos procedimientos? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Están los controles de seguridad funcionando? **Sí** ☐ **No** ☐

(h) Recibe copias de confirmación de las transacciones en línea y estas se envían a un departamento no autorizado para realizar transferencias? **Sí** ☐ **No** ☐

(i) Mantiene cuentas con saldo cero? **Sí** ☐ **No** ☐

Si es así, describa cuales son los controles para este tipo de cuentas**:**

(j) Describa cómo funciona el control dual para las transferencias bancarias

11. PERSONAL

Empleados de Clase 1 son directores; ejecutivos; empleados que manejan dinero, títulos valores, stocks y equipos de propiedad de la Compañía.

(a) Indicar el número de empleados:

Empleados Clase 1 ☐ Total Otros empleados ☐ Total de empleados ☐

(b) ¿Se tiene un proceso de selección detallado de los empleados de la Compañía?
Sí ☐ **No** ☐

(c) ¿REQUIERE QUE TODOS SUS EMPLEADOS TOMEN AL MENOS DOS SEMANAS CONSECUTIVAS DE VACACIONES?
Sí ☐ **No** ☐

12. SEGURIDADES FISICAS Y CONTROLES

(a) ¿Tiene un manual de operación o instrucciones escritas que cubran todos los aspectos de su negocio? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Conocen todos los empleados su contenido? **Sí** ☐ **No** ☐

(b) ¿Tiene usted cajas fuertes en los predios? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Tienen las cajas fuertes cerraduras de combinación? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Se encuentran las cajas fuertes ancladas? **Sí** ☐ **No** ☐

(c) ¿Tienen alarmas? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Conectadas a una estación central? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Conectadas a la policía? **Sí** ☐ **No** ☐

(d) ¿Cuentan con celadores? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Cuántos celadores en el día? ☐ ¿Cuántos celadores en la noche? ☐

Si son contratados con una firma externa indicar el nombre de la misma: ☐

(e) Indicar cualquier otro sistema de seguridad adicional con la que cuente el Asegurado.

☐

13. EXPERIENCIA SINIESTRAL

(a) Favor suministrar una breve información de cualquier pérdida que la Compañía haya sufrido durante los últimos cinco (5) años, tales como infidelidad de empleados, hurto, hurto calificado, desapariciones, destrucción y falsificación. Listar cada pérdida por separado.

FECHA	VALOR DEL SINIESTRO	DESCRIPCION DEL SINIESTRO	MEDIDAS CORRECTIVAS TOMADAS

(SÍ es necesario, por favor anexar una hoja con los siniestros)

(b) En los últimos 6 años, el asegurado y/o cualquiera de sus directores se ha visto involucrado en cualquier acción civil, penal o administrativa con respecto a la violación de cualquier ley o regulación o la comisión de un acto fraudulento o deshonesto? **Sí** ☐ **No** ☐

(c) ¿Conoce cualquier circunstancia que materialmente pueda afectar esta propuesta?

Sí ☐ **No** ☐

(d) ¿Les ha sido rechazada alguna propuesta de seguro de este tipo por alguna Compañía de Seguros o les han cancelado alguna póliza o declinado su renovación? **Sí** ☐ **No** ☐

Si la respuesta para cualquiera de las preguntas anteriores es positiva, por favor dar mayor detalles

_____

_____

14. LÍMITE ASEGURADO SOLICITADO

Favor Indicar el límite asegurado que desea le sea cotizado:

_____

_____

CONSTANCIA DE ASESORÍA
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.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de Privacidad 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 a conocer, actualizar rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. 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 para : Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar 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. a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se cumpla con las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

Hacemos constar que las declaraciones y datos en esta solicitud son verdaderos y que no hemos declarado falsamente ni omitido ningún hecho o dato. Acordamos que esta solicitud, junto con cualquier otra información suministrada por nosotros formará la base de cualquier Contrato de Seguros efectuado sobre ella y será incorporado al mismo. Nos comprometemos a informar a los aseguradores sobre cualquier alteración material a estos hechos, que ocurra antes o después de la finalización del Contrato de Seguro. El hecho de firmar esta Solicitud no obliga al solicitante a llevar a término este Seguro.

Fechado en_____a los_____días de_____de _____

Firmado:_____

Nombre:_____

Cargo:_____

Fecha: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD

PARA SERVIDORES PÚBLICOS

Este cuestionario es para pólizas relacionadas exclusivamente con reclamaciones presentadas contra el Asegurado durante el período de la vigencia de dicha póliza.

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas, toda vez este cuestionario se constituye como parte de la póliza.

Ciudad y Fecha _____

1. Nombre de la empresa, objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actividad actual.

2. Adjuntar relación detallada de los funcionarios asegurados, donde se establezca nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.

3. Indicar las sumas aseguradas requeridas:

   Alternativa 1 _____
   Alternativa 2 _____
   Alternativa 3 _____

4. Durante los últimos 5 años:

   a. ¿Ha cambiado la denominación de la compañía?

      Si _____ No _____

      En caso afirmativo favor dar detalles

   b. ¿La estructura de capital social ha sufrido modificaciones?

      Si _____ No _____

      En caso afirmativo favor dar detalles

   c. ¿Ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc., de otras empresas?

      Si _____ No _____

      En caso afirmativo favor dar detalles

5.

a. ¿Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc., de otras empresas?

   Si _____ No _____

   En caso afirmativo favor dar detalles

b. ¿Existe en este momento alguna propuesta, de la que tenga conocimiento la empresa, relacionada con su adquisición por parte de otra empresa?

   Si _____ No _____

   En caso afirmativo favor dar detalles

c. ¿Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de su empresa?

   Si _____ No _____

   En caso afirmativo favor dar detalles

6. ¿Es la compañía:

   a. Pública _____
   b. Mixta _____
   c. Privada _____

   En caso de ser mixta, favor informar el porcentaje de acciones así:

   En poder del Estado _____
   En poder del sector privado _____

7. Capital Social de la Compañía:

   a. Número total de accionistas: _____
      Con derecho a voto _____
      Sin derecho a voto _____

   b. Sociedades que posean más del 15% del capital social de la empresa. Favor indicar su identidad y porcentaje en cada caso y si tienen representación en el Concejo. Suministrar detalles.

c. Compañías filiales de la empresa, porcentaje de participación en aquellas. Para su información, les indicamos que quedan automáticamente incluidas en las pólizas las compañías filiales cuyo porcentaje de participación sea superior al 50%, si si facilitan balances consolidados.

8. ¿Se han adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante los últimos 18 meses?

   Si _____ No _____

   En caso afirmativo favor dar detalles

9. ¿Tiene la Entidad actualmente Póliza de Manejo Global?

   Si _____ No _____

   En caso afirmativo favor dar detalles sobre:

   Vigencia _____
   Límite asegurado: _____
   Compañía de Seguros: _____

10. ¿Tiene la empresa o alguno de sus actuales directivos o altos cargos algún otro seguro amparando el riesgo que se propone?

    Si _____ No _____

    En caso afirmativo favor dar detalles

11. ¿Se le ha rechazado o denegado por parte de algún asegurador la cobertura a las personas para las que actualmente se solicita?

    Si _____ No _____

    En caso afirmativo favor dar detalles

12. ¿Ha existido o existe alguna reclamación, respecto de alguna de las personas para las que se propone este seguro o alguna con relación al riesgo solicitado?

    Si _____ No _____

    En caso afirmativo favor dar detalles

13. ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro, incluyendo aquellas personas propuestas en empresas subsidiarias o afiliadas, si es aplicable, conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a la reclamación de un tercero?

Si _____ No _____

En caso afirmativo favor dar detalles

14. Favor indicar si hay:

    a. alguna calificación, comentario u observación contenida e el informe de los auditores externos sobre la compañía, si es aplicable:

    b. Alguna responsabilidad aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

    En caso afirmativo, favor suministrar copia del informe.

CONSTANCIA DE ASESORÍA
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.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de Privacidad 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 a conocer, actualizar rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. 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 para : Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar 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. a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se cumpla con las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

El abajo firmante declara que acorde con su conocimiento, las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas. La firma de esta solicitud no obliga la abajo firmante a la formalización del seguro propuesto, pero se acuerda que esta solicitud se adjuntará y constituirá como parte de la póliza. Los aseguradores quedan autorizados para realizar cualquier indagación y consulta que, en conexión con esta solicitud considera necesaria.

Firmado _____

Cargo _____

Nombre _____

Fecha _____

Documentos que se deben anexar:

- Estados Financieros comparativos de los últimos dos ejercicios
- Informe de revisor Fiscal o entidad que haga sus veces, del último año de ejercicio.
- Organigrama de la empresa
- Relación de funcionarios asegurados

Es importante tener en cuenta que el alto funcionario de la Entidad que diligencie este formulario debe tener amplio conocimiento de la información solicitada para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda sobre el sentido de alguna pregunta, agradecemos contactar a su intermediario de seguros puesto que la divulgación de información incorrecta puede afectar los derechos del Asegurado y/o dar lugar a la anulación del seguro otorgado.