Marsh S.A
Avenida el Dorado No. 69B-45 Piso 10
Bogotá D.C., Colombia.
Tel: (571) 4269999
www.marsh.com/co

DLM 22332193
Bogotá D.C., 22 de noviembre del 2022

Doctora
ADRIANA GARZÓN CRUZ
Grupo de Servicios Generales y Adquisiciones
Calle 57 No. 8-69 Torre Sur, Piso 4°
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Bogotá D.C.

Asunto: **Póliza: 202221001666 Ramo: TODO RIESGO DAÑO MATERIAL**
Siniestro No. 220216902202202 DAÑO INFRAESTRUCTURA RUPTURAS EN LAS CUBIERTAS Y PAREDES AVERÍAS EN BAJANTES Y/O TUBERÍA DE AGUAS LLUVIAS SUBSEDE DE ZIPAQUIRÁ REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL

Respetada doctora

Con relación al siniestro presentado por la Regional Cundinamarca Centro De Desarrollo Agroindustrial Y Empresarial, remitimos la liquidación enviada por la Aseguradora, basada en el ajuste de la firma ajustadora VALUATIVE, desinada por la Entidad**,** la cual una vez revisada se encuentra acorde a las condiciones contratadas en la póliza, así;

DETALLE LIQUIDACION	
Valor de la Pérdida	**$ 108.110.879**
Deducible	**$ 0**
Valor a indemnizar por parte de la Aseguradora	**$ 108.110.879**

Para efectos del pago de la indemnización, la Entidad debe informar si el pago se realiza al proveedor para lo cual debe remitir;

Por parte de la Entidad Recibo de indemnización firmado por el Ordenador del gasto y acta de recibo a satisfacción.

Por parte del tercero (proveedor): Factura original a nombre de ***MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA***, ***NIT 891.700.037-9, POR CONCEPTO DEL SINIESTRO No 220216902202202 y DLM 22332193,*** si es factura electrónica enviar al buzón facturagenerales@mapfre.com.co y con fecha del mes en que se tramitara el pago, cámara de comercio, RUT, Documento de identidad del representante legal, Certificación bancaria actualizada (no mayor de 30 días), SARLAFT (Formulario de conocimiento del cliente según el caso persona natural o jurídica, adjunto) y soporte de los parafiscales para el lapso que prestó el servicio y los documentos respectivos para el pago electrónico.

En caso que se requiera realizar el pago directamente a la Entidad, omitir los documentos del proveedor e informar la cuenta a la cual se debe realizar el giro.

Importante que la Regional se contacte con el proveedor a la brevedad posible para lo pertinente. Tener presente que la Aseguradora recibe documentos hasta el 17 de cada mes, sin excepción, por tanto, la Regional debe emitir los documentos originales con anterioridad para tramitar su pago, los cuales deben ser canalizados a través del grupo de servicios generales y adquisiciones incluyendo una copia de la factura electrónica en caso que aplique.

Cordialmente,

ROSMIRA VALDERRAMA V

ROSMIRA VALDERRAMA VARGAS
Ejecutiva de cuenta
Elaboró: Rosmira Valderrama
Anexo lo enunciado

MAPFRE | COLOMBIA

Recibo de Indemnización Seguros Generales

SINIESTRO No:	**220216902202202**	**DLM 22332193**
ASEGURADO:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**	

VALOR TOTAL A GIRAR:	**$108.110.879**		
FECHA ESTIMADA DE PAGO:		**ANTICIPO:**	**SALDO:** **X**

YO, _____ , IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, OBRANDO EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE _____

EN CALIDAD DE _____ DECLARO QUE ACEPTO LA SUMA PROPUESTA DE $ **$ 108.110.879,00** COMO INDEMNIZACION DE MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. EN RAZON DEL SINIESTRO OCURRIDO EN FECHA **21-oct-22** , QUE AFECTO EL AMPARO DE **Fuertes lluvias**

POR LO TANTO DECLARO A **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.** A PAZ Y SALVO DE TODAS SUS OBLIGACIONES QUE SEGÚN POLIZA Y RENGLON INDICADOS HAYA ADQUIRIDO, UNA VEZ RECIBIDO EL PAGO CORRESPONDIENTE Y FIRMADO EL COMPROBANTE RESPECTIVO.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. SE SUBROGA EN TODOS LOS DERECHOS Y ACCIONES CONTRA TERCEROS RESPONSABLES A QUE TENGO DERECHO POR EL SINIESTRO MENCIONADO, DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES CIVILES Y COMERCIALES, HASTA LA SUMA MENCIONADA, CANTIDAD QUE POR TANTO ME ABSTENDRE DE COBRAR Y/O RECIBIR. CON ESTE FIN ME OBLIGO A SUMINISTRAR A **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.** TODA LA INFORMACION Y DOCUMENTACION REQUERIDA Y A PRESTARLE MI COLABORACION DILIGENTE Y OPORTUNA.

POR LO ANTERIOR, SOLICITAMOS QUE EL VALOR DE ESTA INDEMNIZACIÓN SEA TRANSFERIDO AL(LOS) SIGUIENTE(S) DESTINATARIO(S) **AUTORIZADO(S) POR SENA**, TENIENDO EN CUENTA EL RECIBO A SATISFACCION DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS POR PARTE DE LAS SIGUIENTES FIRMAS; **ASI:**

NOMBRE PERSONA JURIDICA / NATURAL	**NIT / CC**	**VALOR A GIRAR**
1	1	$
2	2	$
3	3	$
4	4	$
5	5	$
	TOTAL	**$ 108.110.879**

PARA CONSTANCIA DE LO DICHO SE FIRMA EN _____ EN FECHA _____

FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO
C.C. No. _____

MAPFRE
COLOMBIA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA JURÍDICA)

CLASE DE VINCULACIÓN	INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)					FECHA DE VINCULACIÓN				
TOMADOR ☐ APODERADO ☐		Familiar	Comercial	Laboral	Personal	OFICINA	DD	MM	AAAA	PÓLIZA NUEVA ☐
ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐	Tomador - Asegurado									PÓLIZA RENOVADA ☐
BENEFICIARIO ☐	Tomador - Beneficiario									INDEMNIZACIÓN ☐
	Asegurado - Beneficiario									

1. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	NIT.

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

C.C. ☐ C.E. ☐ NÚMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

PAIS Y CIUDAD DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	OTRA NACIONALIDAD? SI ☐ NO ☐ CUAL	ESTADO CIVIL	ESTRATO	OCUPACIÓN / PROFESIÓN

TIENE RESIDENCIA PERMANENTE EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA? SI ☐ NO ☐ CUAL	TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? SI ☐ NO ☐ MOTIVO:	TIENE VISA AMERICANA? SI ☐ NO ☐

HA ESTADO EN ESTADOS UNIDOS : (Excluye a las personas que actúan dentro del territorio de los Estados Unidos como Diplomáticos, Profesores, Estudiantes o Deportistas).

☐ 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO ☐ 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO ☐ 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR ☐ 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR

Alguno de los administradores es una persona expuesta políticamente? SI ☐ NO ☐
Alguno de los administradores es representante legal de una organización internacional? SI ☐ NO ☐
Por su actividad u oficio, algún administrador goza de reconocimiento público general SI ☐ NO ☐
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique _____
Alguno de los administradores tiene vinculo familiar con alguna persona que cumpla con las características anteriores SI ☐ NO ☐
SI SU RESPUESTA ES SI POR FAVOR DILIGENCIAR ANEXO SARLAFT DE CONOCIMIENTO AMPLIADO

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO: FAX:
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO: FAX:

TIPO DE EMPRESA: PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐
ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐ CONSTRUCCION ☐ AGRICOLA ☐ CIVIL ☐ OTRA ☐ CUAL? _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO SOCIAL:

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN
(EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE RELACIÓN). Relacionar la información para toda la capa accionaria o de asociados que ejercen control sobre la entidad.

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	NACIONALIDAD	TIENE RESIDENCIA PERMANENTE O FISCAL EN OTRO PAIS?	HA ESTADO EN ESTADOS UNIDOS :	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	% PARTICIPACIÓN
	TIENE OTRA NACIONALIDAD? SI ☐ NO ☐ CUÁL _____	SI ☐ NO ☐ CUÁL _____	☐ 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO ☐ 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO ☐ 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR ☐ 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐ No. _____	
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	**NACIONALIDAD**	**TIENE RESIDENCIA PERMANENTE O FISCAL EN OTRO PAIS?**	**HA ESTADO EN ESTADOS UNIDOS :**	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN**	**% PARTICIPACIÓN**
	TIENE OTRA NACIONALIDAD? SI ☐ NO ☐ CUÁL _____	**SI ☐ NO ☐ CUÁL** _____	☐ 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO ☐ 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO ☐ 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR ☐ 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	**C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐** **No.** _____	
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	**NACIONALIDAD**	**TIENE RESIDENCIA PERMANENTE O FISCAL EN OTRO PAIS?**	**HA ESTADO EN ESTADOS UNIDOS :**	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN**	**% PARTICIPACIÓN**
	TIENE OTRA NACIONALIDAD? SI ☐ NO ☐ CUÁL _____	**SI ☐ NO ☐ CUÁL** _____	☐ 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO ☐ 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO ☐ 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR ☐ 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	**C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐** **No.** _____	
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	**NACIONALIDAD**	**TIENE RESIDENCIA PERMANENTE O FISCAL EN OTRO PAIS?**	**HA ESTADO EN ESTADOS UNIDOS :**	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN**	**% PARTICIPACIÓN**
	TIENE OTRA NACIONALIDAD? SI ☐ NO ☐ CUÁL _____	**SI ☐ NO ☐ CUÁL** _____	☐ 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO ☐ 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO ☐ 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR ☐ 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	**C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐** **No.** _____	
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	**NACIONALIDAD**	**TIENE RESIDENCIA PERMANENTE O FISCAL EN OTRO PAIS?**	**HA ESTADO EN ESTADOS UNIDOS :**	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN**	**% PARTICIPACIÓN**
	TIENE OTRA NACIONALIDAD? SI ☐ NO ☐ CUÁL _____	**SI ☐ NO ☐ CUÁL** _____	☐ 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO ☐ 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO ☐ 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR ☐ 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	**C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐** **No.** _____	
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	**NACIONALIDAD**	**TIENE RESIDENCIA PERMANENTE O FISCAL EN OTRO PAIS?**	**HA ESTADO EN ESTADOS UNIDOS :**	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN**	**% PARTICIPACIÓN**
	TIENE OTRA NACIONALIDAD? SI ☐ NO ☐ CUÁL _____	**SI ☐ NO ☐ CUÁL** _____	☐ 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO ☐ 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO ☐ 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR ☐ 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	**C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐** **No.** _____	

INGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
EGRESOS MENSUALES		PASIVOS	
OTROS INGRESOS		CONCEPTO OTROS INGRESOS	

Personas Expuestas 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 importantes de partidos políticos.
Administradores (Ley 222 de 1995, art.22): Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones.
Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☐ IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR SI ☐ NO ☐ TRANSFERENCIAS ☐ OTRA ☐ INDIQUE CUAL

TIPO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI ☐ NO ☐

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

4. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) _____
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Autorizo a Mapfre Colombia, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en todas sus partes.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA JURÍDICA

1. Fotocopia del documento de identificación del representante legal (Cedula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte o carné Diplomático).
2. Certificado de existencia o representación legal original y con una vigencia no superior a tres meses.
3. Fotocopia legible del Registro Único Tributario (RUT).
4. Declaración de Renta del último período gravable disponible.

7. FIRMA Y HUELLA

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

HUELLA

_____

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.C.

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA

FECHA DE LA ENTREVISTA (DÍA / MES / AÑO) HORA

RESULTADO ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐

OBSERVACIONES

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

_____

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA (DÍA / MES / AÑO) HORA

OBSERVACIONES

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

_____

C.C.