

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS



RAMO _____ PÓLIZA MATRIZ N° _____

Fecha de Diligenciamiento 11 / 01 / 2024 Ciudad CHAPARRAL Sucursal _____

Tomador ALCALDIA MUNICIPAL DE CHAPARRAL N.I.T. 600100053-1

Nombre del Asegurado EDWIN JAVIER BERNARDO C. Documento de Identidad C.C. 0 CE 0 T. I. O Número: 14012311

Dirección del Asegurado CRA 4A #9A-53 BARRO PRETERA DE MAYO

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

DERECHO DE ACRECIMIENTO: SI ☒ NO ☐

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)
ROSA ELENA CORTES	28670314	CC.	MADRE	100%	CORRIJIMIENTOS EL LEMON

BENEFICIARIOS CONTINGENTES: SI ☐ NO ☐

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

*En el campo "Tipo de Documento" favor indicar: 1. Cedula de ciudadanía. 2. Nit. 3. Cedula de extranjería. 4. Tarjeta de identidad.

5. Número. Único de identificación. 6. Registro civil de nacimiento.

ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA; SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS SUCURSALES DE PREVISORA SEGUROS, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE CHAPARRAL A LOS 11 DÍAS EL MES DE 01 DE 2024

Tratamiento de la información

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado.

FIRMA DEL ASEGURADO

No. identificación 14012311

FO-VG-0

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios de la técnica aseguradora; envío de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 – 07 en Bogotá, correo electrónico contáctenos@previsora.gov.co, Teléfono 3487555."

No. PÓLIZA MATRIZ A QUE ACCEDE

NUEVA VINCULACIÓN

ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIÓN

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO*	CIUDAD*	SUCURSAL
11/01/2024	CHAPARRAL	
NOMBRE DEL TOMADOR*		NT*
ALCALDIA MUNICIPAL CHAPARRAL		800100053-1
NOMBRE SOLICITANTE*	SEXO*	DOCUMENTO DE IDENTIDAD*
EDINSON JAVIER BERMUDEZ C	M X F	C.C. X C.E. T.I. No 14012311
ESTADO CIVIL*	OCUPACIÓN*	FECHA NACIMIENTO
SOLTERO X CASADO UNIÓN MARITAL DE HECHO	ESTELISTA	06/04/1983
DIRECCIÓN	CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO
CRA 4A #9A-53	CHAPARRAL	3146698475
PESO (Kg)*	ESTATURA (Mts)*	VALOR ASEGURADO SOLICITADO*
60	1.77	
DIESTRO	ZURDO	DEPORTES QUE PRACTICA
AMBIDIESTRO		BASKETOL
CLASE DE SOLICITANTE*		NOTA : Tener presente que solicitante principal es aquel que tiene relación directa con el tomador (Ej. Empleado, deudor, afiliado), mientras que el solicitante relacionado es un familiar del solicitante principal (Ej. Cónyuge, hijos, padres)
PRINCIPAL	RELACIONADO	

Los ítems identificados con (*) deben diligenciarse obligatoriamente

EN CASO DE SER SOLICITANTE RELACIONADO FAVOR INDICAR

NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL*

DOCUMENTO DE IDENTIDAD*

C.C. X C.E. T.I. No 28690314

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo de Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)
ROSAL ELENA CARRERA	28690314	C.C.	MADRE		

*En el campo "Tipo de Documento" favor indicar: 1. Cedula de ciudadanía. 2. Nit. 3. Cedula de extranjería. 4. Tarjeta de identidad. 5. Número. Único de identificación. 6. Registro civil de nacimiento.

ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA; SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS SUCURSALES DE PREVISORA SEGUROS, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO.

Tratamiento de la información

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado.

LA PREVISORA S.A., pagará el valor asegurado en la proporción que se detalla, a los beneficiarios designados e informados a la Previsora con anterioridad a la ocurrencia del siniestro. Cualquier información de beneficiarios suministrada con posterioridad a la ocurrencia del siniestro no tendrá validez.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Importante: no firme sin antes leer y entender el presente documento ya que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas. Por lo tanto la falsedad, omisión, error o la reticencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la póliza y en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

El firmante declara que (marque con una X):

A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra reducida, o:

Declaro que he padecido o he sido tratado enfermedades o lesiones relacionadas con lo siguiente:

Enfermedad Cardiovascular	Diabetes	Renales	Pulmonares	Gastrointestinales	Drogadicción
Enfermedad Cerebrovascular	Cáncer	Artritis	VIH/SIDA	Mentales / Psiquiátricas	Hipertensión Arterial
Tabaquismo (No. de cigarrillos diarios)			Alcoholismo	(No. de tragos Semanales)	
Otra Enfermedad Preexistente			Aclarar Diagnóstico, año de tratamiento y evolución		

En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades descritas, se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

De otra parte y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para tener acceso a mi historia clínica aun después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. De igual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que reposa en sus archivos.

LA PREVISORA S.A. se reserva el derecho de solicitar requisitos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar o extraprimar esta solicitud conforme a sus políticas de suscripción.

ADMINISTRACIÓN DE DATOS

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, la cual se encuentra acorde con lo consagrado en la Constitución Política, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. En especial para los fines del futuro contrato de seguros que se suscriba. Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD Y FECHA ARRIBA INDICADAS

FIRMA DEL SOLICITANTE
C.C. 14012311 CHAPARRAL

FO-VG-027-1

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA

FECHA: 11-01-2024 CIUDAD:

YO: C.C. AUTORIZO A:

DESCONTAR DE MI NÓMINA EL VALOR DE CORRESPONDIENTE A LA PRIMA DEL SEGURO DE VIDA GRUPO QUE VOLUNTARIAMENTE HE

DECIDIDO TOMAR CON DESTINO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios de la técnica aseguradora; envío de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 - 07 en Bogotá, correo electrónico contactenos@previsora.gov.co, Teléfono 3487555."

FO-VG-027-1

SOLICITUD INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO



No. PÓLIZA MATRIZ A QUE ACCEDE

NUEVA VINCULACIÓN

ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIÓN

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO*	CIUDAD*	SUCURSAL
03/10/2024	Chaparral	
NOMBRE DEL TOMADOR*	NIT*	
Alcaldía Municipal de Chaparral	800100053-1	
NOMBRE SOLICITANTE*	SEXO*	DOCUMENTO DE IDENTIDAD*
Helmer Deva	M X F	C.C. X C.E. T.I. No. 5882-210
ESTADO CIVIL*	OCUPACIÓN*	FECHA NACIMIENTO
SOLTERO CASADO UNIÓN MARITAL DE HECHO X	Agricultor	02/11/1957
DIRECCIÓN	CIUDAD DE RESIDENCIA	TÉLEFONO:
99-8-64 Colombia - 205	Chaparral	342832552
PESO (Kg)*	ESTATURA (Mts)*	DIESTRO X ZURDO
65	1.65	AMBIDIESTRO
CLASE DE SOLICITANTE*	DEPORTES QUE PRACTICA	
PRINCIPAL RELACIONADO	Ninguno	

NOTA: Tener presente que solicitante principal es aquel que tiene relación directa con el tomador (Ej. Empleado, deudor, afiliado), mientras que el solicitante relacionado es un familiar del solicitante principal (Ej. Cónyuge, hijos, padres)

Los ítems identificados con (*) deben diligenciarse obligatoriamente

EN CASO DE SER SOLICITANTE RELACIONADO FAVOR INDICAR

NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL*

DOCUMENTO DE IDENTIDAD*

C.C. C.E. T.I. No.

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo de Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)
Luz Leticia Caparrón	51.942963	CC	Cónyuge	100	Chaparral Tolima

*En el campo "Tipo de Documento" favor indicar: 1. Cédula de ciudadanía. 2. Nit. 3. Cédula de extranjería. 4. Tarjeta de identidad. 5. Número Único de identificación. 6. Registro civil de nacimiento.

ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA; SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS SUCURSALES DE PREVISORA SEGUROS, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO.

Tratamiento de la Información

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado.

LA PREVISORA S.A., pagará el valor asegurado en la proporción que se detalla, a los beneficiarios designados e informados a la Previsora con anterioridad a la ocurrencia del siniestro. Cualquier información de beneficiarios suministrada con posterioridad a la ocurrencia del siniestro no tendrá validez

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Importante: no firme sin antes leer y entender el presente documento ya que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas. Por lo tanto la falsedad, omisión, error o la reticencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la póliza y en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

El firmante declaro que (marque con una X):

A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra reducida, o:

Declaro que he padecido o he sido tratado enfermedades o lesiones relacionadas con lo siguiente:

Enfermedad Cardiovascular	NO	Diabetes	NO	Renales	NO	Pulmonares	NO	Gastrointestinales	NO	Drogadicción	NO
Enfermedad Cerebrovascular	NO	Cáncer	NO	Artritis	NO	VIH/SIDA	NO	Mentales / Psiquiátricas	NO	Hipertensión Arterial	NO
Tabaquismo	(No. de cigarrillos diarios)	NO				Alcoholismo	(No. de tragos Semanales)	NO			
Otra Enfermedad Preexistente	NO					Aclarar Diagnóstico, año de tratamiento y evolución	NO				

En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades descritas, se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

De otra parte y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para tener acceso a mi historia clínica aún después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. De igual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que reposa en sus archivos.

LA PREVISORA S.A. se reserva el derecho de solicitar requisitos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar o extraprimar esta solicitud conforme a sus políticas de suscripción.

ADMINISTRACIÓN DE DATOS

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, la cual se encuentra acorde con lo consagrado en la Constitución Política, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. En especial para los fines del futuro contrato de seguros que se suscriba. Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD Y FECHA ARRIBA INDICADAS

Helmer Deva
FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. 5882-210

FO-VG-027-1

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA

FECHA: _____

CIUDAD: _____

YO _____ C.C. _____ AUTORIZO A _____

DESCONTAR DE MI NÓMINA EL VALOR DE _____ CORRESPONDIENTE A LA PRIMA DEL SEGURO DE VIDA GRUPO QUE VOLUNTARIAMENTE HE DECIDIDO TOMAR CON DESTINO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios de la técnica aseguradora; envío de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012, y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPANIA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 - 07 en Bogotá, correo electrónico contáctenos@previsora.gov.co, Teléfono 3487555."

FO-VG-027-1

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS



NÚMERO _____ PÓLIZA MATRIZ N° _____
 Fecha de Diligenciamiento: 27 / 06 / 2024 Ciudad: Chaparral Sucursal: 800600053-1
 Emisor: Alcaldía Municipal de Chaparral N.I.T. _____
 Nombre del Asegurado: Helmer Devia Documento de Identidad: C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ Número: S.882210
 Dirección del Asegurado: Calle 9 N° 8-64 CC. Lindoy Oficina 205 Segundo Piso

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

DERECHO DE ACRECIMIENTO: SI ☐ NO ☐

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)
102 Leila Gopara Chica	51943963	CC	Conyuge	100	Chaparral Tolima

BENEFICIARIOS CONTINGENTES: SI ☐ NO ☒

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

*En el campo "Tipo de Documento" favor indicar: 1. Cedula de ciudadanía. 2. Nit. 3. Cedula de extranjería. 4. Tarjeta de identidad.

5. Número. Único de identificación. 6. Registro civil de nacimiento.

ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA; SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS SUCURSALES DE PREVISORA SEGUROS, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE Chaparral A LOS 06 DÍAS EL MES DE junio DE 2024

Tratamiento de la información

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado.

Helmer Devia
FIRMA DEL ASEGURADO

No. identificación S882.210

FO-VG-016-2

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios de la técnica aseguradora; envío de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 – 07 en Bogotá, correo electrónico contáctenos@previsora.gov.co , Teléfono 3487555."

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD



SUSCRIBIR PÓLIZAS DE NEGOCIOS

No. PÓLIZA MATRIZ A QUE ACCEDE

NUEVA VINCULACIÓN ☐

ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIÓN ☒

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO* 29-05-2025 CIUDAD Chaparral SUCURSAL

NOMBRE DEL TOMADOR* Municipio de Chaparral NIT* 800100053-1 NOMBRE SOLICITANTE* Helver Gonzalez Mora

SEXO* ☒ M ☐ F DOCUMENTO DE IDENTIDAD* 5889267 FECHA NACIMIENTO* 22/09/1969 ESTADO CIVIL* SOLTERO ☐ CASADO ☒ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☐

OCCUPACIÓN* Alcalde TELÉFONO 3185956242 DIRECCIÓN Calle 6 N° 6-58 Barrio Loma

CIUDAD DE RESIDENCIA Chaparral CORREO ELECTRÓNICO gonzalez010@hotmail.com

PESO (Kg)* 76 ESTATURA (Mts)* 162 * DIESTRO ☒ ZURDO ☐ AMBIDIESTRO ☐

DEPORTES QUE PRACTICA ninguno CLASE DE SOLICITANTE* PRINCIPAL ☒ RELACIONADO ☐

NOTA: Tener presente que solicitante principal es aquel que tiene relación directa con el tomador (Ej. Empleado, deudor, afiliado), mientras que el solicitante relacionado es un familiar del solicitante principal (Ej. Conyuge, hijos, padres)

Los Items Identificados con (*) deben diligenciarse obligatoriamente

EN EL ÚLTIMO AÑO AUMENTO DE PESO ☒ DISMINUYÓ DE PESO ☐ EXPLIQUE SUS CAUSAS Cuidados Alimenticios.

FUMA ☐ SI ☒ NO AÑOS QUE LLEVA FUMANDO No. DE CIGARRILLOS DIARIOS BEBE ALCOHOL ☐ SI ☒ NO FRECUENCIA CANTIDAD TIPO DE BEBIDA

HA ESTADO EN TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO ☐ SI ☒ NO EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBA LOS DETALLES

AFILIADO AL SISTEMA DE SEGURIDAD EN SALUD ☒ SI ☐ NO NOMBRE DE LA IPS DONDE LO ATIENDEN NOMBRE DE LA EPS, ARS O SIMILAR Nueva EPS

HISTORIA MÉDICA

HA SUFRIDO O SUFRE EN LA ACTUALIDAD DE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O LESIONES

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN - PRESIÓN ARTERIAL	☒	☐	BOCIO - DIABETES - SOBREPESOS	☐	☒
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS - ASMA - TUBERCULOSIS	☒	☐	CÁNCER U OTROS TUMORES	☒	☐
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	☒	☐	ENFERMEDADES VENÉREAS	☐	☒
ENFERMEDADES GENITO-URINARIAS	☒	☐	PARÁLISIS	☐	☒
ENFERMEDADES MÚSCULO ESQUELÉTICAS - REUMATISMO - ARTRITIS	☒	☐	DEFORMIDADES O MALFORMACIONES	☒	☐
ENFERMEDADES NERVIOSAS O MENTALES	☒	☐	ACCIDENTES O LESIONES GRAVES	☒	☐
ENFERMEDADES DE LOS OJOS - OÍDOS - NARIZ - GARGANTA	☒	☐	DROGADICCIÓN	☒	☐
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	☒	☐	OTRAS	☐	☐
VIIH/SIDA	☒	☐			

SI MARCÓ AFIRMATIVAMENTE ALGUNA PREGUNTA DE LA HISTORIA MÉDICA, DETALLAR EN FORMA COMPLETA:

LESIÓN O ENFERMEDAD	FECHA DEL DIAGNÓSTICO D/M/A	DETALLE
Cáncer Digestivos.	27/8/24	Adenocarcinoma de colon sigmoidea estadio III a consecuencia de enfermedad de colon

PREGUNTAS MÉDICAS

¿HA ESTADO INCAPACITADO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS, EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LAS CAUSAS?

☒ SI ☐ NO Cuidado post operatorio

¿HA TENIDO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS, DECLARE FECHAS, CENTRO ASISTENCIAL Y CIRUGÍAS?

☒ SI ☐ NO Hemidectomía izquierda laparoscópica, medicación, 27/08/2024

¿PIENSA SOMETERSE A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL FUTURO, INDIQUE CUAL(ES) Y LA FECHA?

☐ SI ☒ NO

¿ALGUNA COMPAÑÍA LE HA DECLINADO, APLAZADO O EXTRAPIMADO SOLICITUD O PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES O SALUD?

SI ☐ NO ☒

¿ESTÁ SOLICITANDO OTRO SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES O SALUD EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA?

SI ☐ NO ☒ SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE CUAL(ES)

SI ☐ NO ☒ ¿SE LE HA DIAGNOSTICADO O REALIZADO EXÁMENES PARA EL SIDA, INDIQUE EL RESULTADO?

SI EL SOLICITANTE ES MUJER RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

	SI	NO
¿ESTÁ EMBARAZADA?		
¿LE HAN PRACTICADO CESÁREA?		
¿HA TENIDO PARTOS PREMATUROS?		
¿HA TENIDO ALGÚN ABORTO?		
¿DESDE ENTONCES SUS PARTOS HAN SIDO NORMALES?		

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUANTO TIEMPO DE EMBARAZO TIENE

EN LOS CASOS AFIRMATIVOS POR FAVOR EXPLICAR

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

Nombre completo	Cédula de ciudadanía	Parentesco	Porcentaje	Dirección
Daniel Ricardo González G.	1110.545.678 CC	Hijo	25%	Calle 67 N° 6-89 Ibagué
Lorene Sofía González G.	1.108.830.823 CC	Hija	25%	Calle 67 N° 6-89 Ibagué
Paula Alejandra González G.	1.110.568.982 CC	Hija	25%	Calle 67 N° 6-89 Ibagué
Yamira Vanessa González G.	1.005.851.713 CC	Hija	25%	Calle 67 N° 6-89 Ibagué

ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA; SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS ÁREAS DE TALENTO HUMANO DE LA ENTIDAD QUE FIGURA COMO TOMADORA DE LA PÓLIZA A NIVEL NACIONAL, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO Y/O AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO.

En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades descritas, se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

De otra parte y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para tener acceso a mi historia clínica aún después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. De igual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que reposa en sus archivos.

LA PREVISORA S.A. se reserva el derecho de solicitar requisitos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar o extraprimar esta solicitud conforme a sus políticas de suscripción.

ADMINISTRACIÓN DE DATOS

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, la cual se encuentra acorde con lo consagrado en la Constitución Política, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. En especial para los fines del futuro contrato de seguros que se suscriba. Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudio de la técnica aseguradora; envío de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administran bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías Coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 - 07 en Bogotá, correo electrónico contáctenos@previsora.gov.co, Teléfono 3487555."

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD Y FECHA ARRIBA INDICADAS

Firma del solicitante

Documento de identidad 3.889.267



HUELLA

DOCUMENTO PÚBLICO

FC_SPN_115-1

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD



SUSCRIBIR PÓLIZAS DE NEGOCIOS

No. PÓLIZA MATRIZ A QUE ACCEDE **POLIZA DE VIDA GRUPO**

NUEVA VINCULACIÓN ☒

ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIÓN ☐

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO* 19/03/2028	Ciudad* CHAPARRAL	SUCURSAL BAGUE
NOMBRE DEL TOMADOR* MUNICIPIO DE CHAPARRAL	NIT* 800100053-1	NOMBRE SOLICITANTE* JOSE ARMIN LOZANO CAVIEDES
SEXO* M ☒ F ☐	DOCUMENTO DE IDENTIDAD* C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 4.808.657	FECHA NACIMIENTO* 01/05/2028
Ocupación* PERSONERO MUNICIPAL		ESTADO CIVIL* SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☒
TELÉFONO (313) 345-7724		DIRECCIÓN Calle 11 No. 6-14 Barrio Versailles
Ciudad de RESIDENCIA CHAPARRAL		CORREO ELECTRÓNICO gentecompetente3@hotmail.com
PESO (Kg)* 85		ESTATURA (Mts)* 167,00
* DIESTRO ☒ ZURDO ☐ AMBIDIESTRO ☐		
DEPORTES QUE PRACTICA CAMINAR		CLASE DE SOLICITANTE* PRINCIPAL ☒ RELACIONADO ☐

NOTA: Tener presente que solicitante principal es aquel que tiene relación directa con el tomador (Ej. Empleado, deudor, afiliado), mientras que el solicitante relacionado es un familiar del solicitante principal (Ej. Cónyuge, hijos, padres)

Los ítems identificados con (*) deben diligenciarse obligatoriamente

EN EL ÚLTIMO AÑO AUMENTO DE PESO ☒ DISMINUYÓ DE PESO ☐	EXPLIQUE SUS CAUSAS PRACTICA DE UNA CIRUGIA DE HERNIA INGLINAL PRACTICA DE UNA CIRUGIA DE HERNIA INGLINAL					
FUMA SI ☐ NO ☒	AÑOS QUE LLEVA FUMANDO	No. DE CIGARRILLOS DIARIOS	BEBE ALCOHOL SI ☒ NO ☐	FRECUENCIA OCASIONAL	CANTIDAD 6	TIPO DE BEBIDA CERVEZA
HA ESTADO EN TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO SI ☐ NO ☒			EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBA LOS DETALLES			
AFILIADO AL SISTEMA DE SEGURIDAD EN SALUD SI ☒ NO ☐			NOMBRE DE LA IPS DONDE LO ATIENDEN HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA		NOMBRE DE LA EPS, ARS O SIMILAR SANITAS EPS	

HISTORIA MÉDICA

HA SUFRIDO O SUFRE EN LA ACTUALIDAD DE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O LESIONES

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN - PRESIÓN ARTERIAL		☒	BOCIO - DIABETES - SOBREPESOS		☒
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS - ASMA - TUBERCULOSIS	☒		CÁNCER U OTROS TUMORES		☒
ENFERMEDADES DIGESTIVAS		☒	ENFERMEDADES VENÉREAS		☒
ENFERMEDADES GENITOURINARIAS		☒	PARÁLISIS		☒
ENFERMEDADES MÚSCULO ESQUELÉTICAS - REUMATISMO - ARTRITIS		☒	DEFORMIDADES O MALFORMACIONES		☒
ENFERMEDADES NERVIOSAS O MENTALES		☒	ACCIDENTES O LESIONES GRAVES		☒
ENFERMEDADES DE LOS OJOS - OÍDOS - NARIZ - GARGANTA		☒	DROGADICCIÓN		☒
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR		☒	OTRAS		
VIM/SIDA		☒			

SI MARCÓ AFIRMATIVAMENTE ALGUNA PREGUNTA DE LA HISTORIA MÉDICA, DETALLAR EN FORMA COMPLETA:

LESIÓN O ENFERMEDAD	FECHA DEL DIAGNÓSTICO D/M/A	DETALLE
ASMA	10/01/1995	CRISIS DE ASMA BRONQUIAL

PREGUNTAS MÉDICAS

¿HA ESTADO INCAPACITADO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS, EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LAS CAUSAS?
SI ☒ NO ☐ 15 DÍAS DE INCAPACIDAD POR CIRUGIA DE HERNIA INGLINAL - CIRUGIA PRACTICADA EL 1 DE NOVIEMBRE DE 2025.

¿HA TENIDO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS, DECLARE FECHAS, CENTRO ASISTENCIAL Y CIRUGÍAS?
SI ☒ NO ☐ CIRUGIA HERNIA INGLINAL

¿PIENSA SOMETERSE A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL FUTURO, INDIQUE CUAL(ES) Y LA FECHA?
SI ☐ NO ☒

¿ALGUNA COMPAÑÍA LE HA DECLINADO, APLAZADO O EXTRAPIMADO SOLICITUD O PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES O SALUD?
SI ☐ NO ☒

¿ESTÁ SOLICITANDO OTRO SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES O SALUD EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA?

SI ☐ NO ☒ SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE CUAL(ES)

SI ☐ NO ☒ ¿SE LE HA DIAGNOSTICADO O REALIZADO EXÁMENES PARA EL SIDA, INDIQUE EL RESULTADO?

SI EL SOLICITANTE ES MUJER RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

	SI	NO
ESTÁ EMBARAZADA		
LE HAN PRACTICADO CESÁREA		
HA TENIDO PARTOS PREMATUROS		
HA TENIDO ALGUN ABORTO		
DESDE ENTONCES SUS PARTOS HAN SIDO NORMALES		

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUANTO TIEMPO DE EMBARAZO TIENE

EN LOS CASOS AFIRMATIVOS POR FAVOR EXPLICAR

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	Nº. DOCUMENTO	TIPO DOC. *	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN (100%)	DIRECCIÓN Y CIUDAD DE RESIDENCIA (Opcional)
MICHELLE SOFIA LOZANO PEDROZA	1.019.992.353	CE	HIJA	50	Dgna. 16 BN 105-55 B. Centro - Bogotá
ESOBRA HELENA DEANTONIO ESPINOSA	1.075.509.359	CE	COMPAÑERA PERMANENTE	50	Calle 11 N. 6-14 B. Versailles - Chaparral
		TI			
		TI			
		TI			
		TI			

ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA; SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS ÁREAS DE TALENTO HUMANO DE LA ENTIDAD QUE FIGURA COMO TOMADORA DE LA PÓLIZA A NIVEL NACIONAL, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO Y/O AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO.

En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades descritas, se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

De otra parte y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para tener acceso a mi historia clínica aún después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. De igual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que reposa en sus archivos.

LA PREVISORA S.A. se reserva el derecho de solicitar requisitos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar o extraprimar esta solicitud conforme a sus políticas de suscripción.

ADMINISTRACIÓN DE DATOS

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, la cual se encuentra acorde con lo consagrado en la Constitución Política, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. En especial para los fines del futuro contrato de seguros que se suscriba. Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

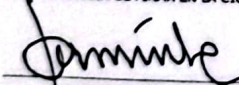
Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios de la técnica aseguradora; envió de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías Coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 - 07 en Bogotá, correo electrónico contactenos@previsora.gov.co, Teléfono 3487555.-

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD Y FECHA ARRIBA INDICADAS


FIRMA DEL SOLICITANTE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 4.898.657



VIGILADO