INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO."

Mayumi Hernandez Boon
CC 26670001
28/01/2026 09:00:51 AM

f1ba3a05d8f95f03819b0a166a837a118cb6b2ce223ldbb77
5d6868f591eb295f26c14136f483cb6010c715289d4ac19e
bd714b47fb4262f8af4ba406a92b7bb

FIRMA

INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

LUGAR DE ENTREVISTA	FECHA			HORA	RESULTADO	
OFICINA VIRTUAL	28	01	2026	16:32	Aceptado [X]	Rechazado [ ]

OBSERVACIONES
SARLAFT DIGITAL NATURAL
C.C. NO.26670001
NOMBRE:MAYUMI HERNANDEZ BOON
PROCESO: ACEPTADO
PROCESO VINCULACIÓN: EXPEDICIÓN

NOMBRE INTERMEDIARIO FUNCIONARIO RESPONSABLE: ZULIETH VELA

2f0bdc50d07cfa954f062635cc524ce183d69e0150c90b1d1
51855eb30cec6d98e53e794256762fd1b3f5d67eda34412b
75d18aad6bfb4ef8a8dcb078ff22a5f

FIRMA

ANEXO No 1 INFORMACIÓN FAMILIARES PEP

Diligencie los datos de sus familiares vivos hasta el 2do. grado de consanguinidad y 2do. de afinidad, así como los datos de su cónyuge. Esto con el fin de dar cumplimiento al decreto 1674 del 2016:Padres,Abuelos,Hermanos, Hijos en común y propios, Nietos

1.DATOS FAMILIARES DEL ASEGURADO Y/O REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA ASEGURADA

VINCULO FAMILIAR	TIPO ID	NUMERO ID	NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA DESVINCULACIÓN

Indique si usted cuenta con participación como socio del mas del 5% en una empresa:

RAZÓN SOCIAL	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	% PARTICIPACIÓN

Scanned with CamScanner

5. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGURO

HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? SI [ ] NO [X]

RELACIONES A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS:

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				[ ]	[ ]
				[ ]	[ ]

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y RIQUEZA

"Declaro expresamente que:
1. La actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y este documento es veraz y verificable y la persona natural o jurídica se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que posee la persona natural o jurídica provienen de la(s) actividad(es) descritas anteriormente."

Acepto Si

CONSIDERACIONES

1. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, acepto las políticas de protección de datos personales **Cliente**. Acepto [X]	2. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, acepto las políticas de protección de datos personales **Proveedor**. No Acepto [X]	3. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, acepto las políticas de protección de datos personales **Empleado**. No Acepto [X]	4. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, autorizo el tratamiento de datos para fines comerciales Acepto [X]

POLÍTICAS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: A través de este formulario, he presentado a LA ASEGURADORA datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a LA ASEGURADORA y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartera, lo indicaré por escrito a LA ASEGURADORA y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales
¿De acuerdo a la ley 2300 acepta ser contactado a todos los canales de contacto registrados? **Si [X] No [ ]**

Por favor indique a que canales de contacto no desea ser contactado

CANAL DE CONTACTO	CONTACTAR
Correo electrónico	**No**
Telefónico	**No**
Mensajería de correo físico	**No**
Mensaje de Texto	**No**
WhatsApp	**No**

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia, y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado y la financiación del terrorismo.

2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.

3. Que no obstante lo anterior, todos los datos personales recopilados mediante este formulario de conocimiento del cliente para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable, y su tratamiento, es autorizado por el titular de la información para las finalidades mencionadas en este formulario, se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso, junto con sus decretos reglamentarios y los demás que los complementen, deroguen y modifiquen, así como bajo lo establecido por la política de privacidad de Previsora Seguros.

4. Que los datos también serán tratados para fines adicionales a los ya mencionados, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección CALLE 57 # 9-07, Teléfono 3485757, como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales.

Scanned with CamScanner

TIPO DE DOCUMENTO C.C. [ ] C.E. [ ]	NÚMERO DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	PAÍS (UBICACIÓN PRINCIPAL)	DEPARTAMENTO (UBICACIÓN PRINCIPAL)	
CIUDAD (UBICACIÓN PRINCIPAL)	TELÉFONO	FECHA DE CONSTITUCIÓN	EMAIL
DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	PAÍS SUCURSAL	DEPARTAMENTO SUCURSAL	
CIUDAD SUCURSAL	TELÉFONO	EMAIL	
TIPO DE EMPRESA	ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCIÓN [ ] AGRÍCOLA [ ] CIVIL [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] OTRA [ ] CUAL		
	CIIU -		

Indique si dentro de la administración (Representantes legales, miembros de la junta directiva) son personas políticamente expuestas (Según decreto 1674 de 2016)?
SI [ ] NO [ ]

Por su cargo o actividad, Indique si dentro de la administración (Representantes legales, miembros de la junta directiva)administran recursos públicos?
SI [ ] NO [ ] SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, SÍRVASE DILIGENCIAR EL ANEXO No 1

ACCIONISTAS

Indique la composición accionaria hasta llegar a la ultima persona natural, información de los accionista o socios que tengan directa o indirectamente mas del 5% de la participación en el capital social. Si dentro de la composición accionaria existiera alguna empresa, por favor informar de igual forma, las personas naturales con las mismas características ya mencionadas.
Si existiese dentro de la composición accionaria una persona políticamente expuesta, sírvase ampliar información.

TIPO ID	NÚMERO	NOMBRE	% participación	Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público o maneja recursos públicos?	¿Es usted una persona expuesta políticamente?	Esta usted obligado a declaración tributaria en otros paises o grupo de paises? Indique cual

3.INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS ANUALES	$ 44.400.000	TOTAL ACTIVOS (A)	$ 15.000.000
EGRESOS ANUALES	$ 24.000.000	TOTAL PASIVOS (B)	$ 3.000.000
OTROS INGRESOS (ANUALES)	$ 00	TOTAL PATRIMONIO (A-B)	$ 12.000.000
CONCEPTO OTROS INGRESOS:	-		

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI [ ] NO [X] **CUÁL** __

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI [ ] NO [ ] **¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?** SI [ ] NO [ ]

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

Scanned with CamScanner

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

No FORMULARIO	500192631		FECHA	2026-01-28	
TIPO SOLICITUD	VINCULACIÓN	[X]	SUCURSAL	VIRTUAL	
	ACTUALIZACIÓN	[ ]			

PREVISORA SEGUROS

CLASE DE VINCULACIÓN TOMADOR [x] ASEGURADOR [x] AFIANZADO [ ] BENEFICIARIO [ ] EMPLEADO [ ] INTERMEDIARIO [ ] PROVEEDOR [ ] OTRA [ ]	CUAL:

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (Individualización del Producto)

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	EL MISMO	OTRA
TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO	[ ]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]
TOMADOR - BENEFICIARIO	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]
ASEGURADO - BENEFICIARIO	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]

TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO ¿Indique cual?	TOMADOR - BENEFICIARIO ¿Indique cual?	ASEGURADO - BENEFICIARIO ¿Indique cual?

1. DATOS PERSONALES PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO HERNANDEZ	SEGUNDO APELLIDO BOON	NOMBRES MAYUMI	
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO [ ] INDEPENDIENTE [X] ESTUDIANTE [ ] RENTISTA [ ] SOCIO [ ] PENSIONADO [ ] AMA DE CASA [ ]			CIIU 8621
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [X] C.E. [ ]	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 26670001	LUGAR DE EXPEDICIÓN SANTA MARTA	FECHA DE EXPEDICIÓN 1997-03-12
FECHA DE NACIMIENTO 1978-02-15	LUGAR DE NACIMIENTO SANTA MARTA	PROFESIÓN ENFERMERA	NACIONALIDAD COLOMBIA
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO	
PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	
DIRECCIÓN OFICINA	EMAIL	TELÉFONO	
DIRECCIÓN RESIDENCIA MZ D CS 5 BRR ASOCONS	PAÍS RESIDENCIA COLOMBIA	DEPARTAMENTO MAGDALENA	CIUDAD DE RESIDENCIA SANTA MARTA
TELÉFONO FIJO	CELULAR 3008524030	EMAIL SOPHIA311502HERNANDEZ@HOTMAIL.COM	

¿USTED PRESENTA ALGUNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD? SI [ ] NO [X]	INDIQUE:
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI [ ] NO [X]	INDIQUE:
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI [ ] NO [X]	INDIQUE:
¿ES USTED UNA PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI [ ] NO [X]	
¿ES USTED UNA PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE? SI [ ] NO [X]	
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA POLÍTICAMENTE EXPUESTA? SI [ ] NO [X]	
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? SI [ ] NO [X]	ESPECIFIQUE PAÍS:
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, SÍRVASE DILIGENCIAR EL ANEXO No 1	

Persona politicamente expuesta (PPE) a) Personas expuestas politicamente, conforme al decreto 1674 del 2016, b) Representantes legales de organizaciones internacionales, c) las personas que gozan de reconocimiento publico, se entiende como persona politicamente expuesta los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, por ejemplo: jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos político y sus familias, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales.

2. DATOS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	NIT.

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRES	SEGUNDO NOMBRE

Scanned with CamScanner

Declaro expresamente:

I. Que, en nombre propio suministro mis datos personales de carácter público, privado, y en algunos casos sensible, para todos los fines precontractuales que comprende la actividad aseguradora y demás para el cumplimiento de las finalidades propias de la gestión de LA ASEGURADORA.

II. Que la información aquí consignada es cierta, veraz y verificable

III. Que expresamente autorizo a LA ASEGURADORA a realizar el tratamiento de mis datos personales y de los de la empresa que represento para lo que me han informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales, incluyendo datos de identificación, datos de contacto, datos financieros, así como datos biométricos como lo son las huellas, serán tratados por LA ASEGURADORA, así como por las personas naturales y/o jurídicas que en su nombre realizan actividades a nombre del Responsable, durante y después de terminada la relación contractual, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, y/o contraparte contractual de LA ASEGURADORA; ii) Verificar la información entregada en este formato, en los demás documentos que anexo y/o durante mi relación contractual como asegurado con diferentes fuentes, sean estas públicas y privadas de considerarse pertinente con el fin de comprobar mi experiencia y cumplimiento de obligaciones pecuniarias y contractuales; iii) Registrar la información en las bases de datos internas de LA ASEGURADORA; iv) Contactarme vía correo electrónico, correo postal, mensajes de texto MMS/SMS o telefónicamente como actividad propia de la ejecución y/o cumplimiento de la relación contractual; v) enviarme correos electrónicos, correo postal, mensajes de texto MMS/SMS o contactarme telefónicamente en desarrollo de actividades de mercadeo de LA ASEGURADORA; vi) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. viii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. viii) El control y la prevención del fraude. ix) La liquidación y pago de siniestros. x) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. xi) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; xii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. xiii) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. xiv) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA, xv) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables, xvi) cumplimiento de obligaciones legales de LA ASEGURADORA en su calidad de aseguradora xvii) atender requerimientos de autoridades competentes en ejercicio de sus funciones; xviii) atender mis peticiones, quejas y reclamos; xix) conservarla para fines estadísticos e históricos; xx) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xxi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xxii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial. xxiii) Cumplir con obligaciones legales en lo que a conservación de información y documentos se refiere.

De igual forma autorizo expresa e inequívocamente a LA ASEGURADORA a utilizar mis datos personales con fines comerciales y para ofrecerme productos y servicios propios de LA ASEGURADORA y/o de otras empresas, aliadas de LA ASEGURADORA, que sean consideradas de su interés.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de **LA ASEGURADORA**. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LA ASEGURADORA**., tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) Las personas con las cuales **LA ASEGURADORA** adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. iv) **FASECOLDA, INVERFAS S.A. y INIF**, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraude, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. v) Empresas aliadas de **LA ASEGURADORA** que requieran la información personal incorporada en este documento para hacer verificaciones y estudios de prevención del riesgo, fraude y lavado de activos de forma independiente con el fin de otorgarme productos y servicios propios, de acuerdo con mi solicitud, sin que sea necesario realizar un trámite adicional ante dichas empresas.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones mis datos personales serán objeto transferencia y/o transmisión internacional para cumplir las finalidades del tratamiento, situaciones en las cuáles siempre se contará con un contrato de transmisión de información personal por parte de LA ASEGURADORA, en cumplimiento del Decreto 1377 de 2013, y/o la declaración de conformidad necesaria expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio.

5. DATOS SENSIBLES: Que es facultativa la entrega de datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente, a menos que resulten necesarios para el contrato a ejecutar. En consecuencia, no he sido obligado a entregarlos, y autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles recopilados por medio de este formato de conocimiento, así como durante mi contratación y durante la vigencia de mi relación contractual, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos (huellas e imágenes).

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado para responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Conozco Que, como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer el uso que se le da a mis datos personales, actualizarlos, rectificarlos, solicitar prueba y revocar este consentimiento que otorgo, acceder gratuitamente a mis datos objeto de tratamiento por parte de LA ASEGURADORA al menos una vez al mes y/o solicitar la eliminación de cualquier dato que se encuentre en las bases de datos de LA ASEGURADORA lo cual procederá únicamente en los casos en que no tenga una relación legal o contractual vigente con LA ASEGURADORA, o esta tenga una obligación legal de conservación de información. Estos derechos podré ejercerlos por medio del siguiente correo electrónico contactenos@previsora.gov.co enviando comunicación escrita a la Calle 57 # 9 - 07 en Bogotá, en el teléfono 3487555 o a través del sistema PQR disponible en la página web www.previsora.gov.co.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el numeral 3 anterior, serán todos los terceros contratados para cumplir con las mismas finalidades mencionadas en este formato de conocimiento, con la realización de actividades relacionadas con las finalidades mencionadas y/o finalidades que surjan para la prestación de servicios adicionales las cuáles me serán informadas en su momento, los cuáles se encuentran obligados a mantener la información de la que tenga conocimiento bajo especiales condiciones de seguridad siendo estas, como mínimo, las mismas utilizadas por ellos en sus actividades propias, y quienes cumplirán la política de tratamiento de datos de LA ASEGURADORA para efectos de tratamiento de mis datos personales.

7. DILIGENCIAR POR EL TOMADOR CUANDO EL ASEGURADO, AFIANZADO Y/O BENEFICIARIO SEA UNA PERSONA DIFERENTE AL TOMADOR

Señalo que tengo conocimiento de que la información exigida para asegurado, afianzado y/o beneficiario debe ser entregada al momento de la presentación de la reclamación y que de no hacerlo la operación será calificada como inusual.

"COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LAS POLÍTICAS EXPUESTAS EN EL PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO, DECLARO QUE LA

Scanned with CamScanner