

Vinculación  Actualización

Proveedor Core del Negocio  Proveedor Administrativo

**Fecha de Diligenciamiento**

D	M	A
---	---	---

**Información General**

<b>Producto o Servicio Ofrecido</b>			
<b>Tipo de documento</b>		<b>Número de documento</b>	
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PP <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cual? <input type="radio"/>			
<b>Nombres</b>		<b>Apellidos</b>	
<b>Dirección de Residencia</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Celular</b>	<b>E-Mail (notificaciones para ofertar)</b>		
<b>Dirección Secundaria (Trabajo, Establecimiento Comercial, Consultorio)</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Teléfono</b>

**Información Fiscal**

<b>Actividad Económica Principal</b>					<b>Responsable de ICA</b>	
Ama de casa <input type="radio"/>	Asalariado <input type="radio"/>	Pensionado <input type="radio"/>	Estudiante <input type="radio"/>	Independiente <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

**Información para Pagos por Transferencia**

Autorizo a que todo pago que se presente a mi favor, se haga en la cuenta aquí registrada. La cuenta bancaria debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago

<b>Tipo de Cuenta</b>	<b>Número de Cuenta</b>	<b>Entidad Financiera</b>

**Referencias**

**Contratos Actuales con otras Compañías**

<b>1. Compañía</b>	<b>Contacto</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ciudad</b>			
<b>Objeto del Contrato</b>						
<b>Fecha de Inicio</b>		<b>Fecha de Terminación</b>		<b>Cuantía</b>		
D	M	A	D	M	A	
<b>2. Compañía</b>	<b>Contacto</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ciudad</b>			
<b>Objeto del Contrato</b>						
<b>Fecha de Inicio</b>		<b>Fecha de Terminación</b>		<b>Cuantía</b>		
D	M	A	D	M	A	

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de proveedor autorizo a **COMPAÑÍA SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, con Nit. 860.002.503, a **SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.**, con Nit. 860.002.180, a **CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.**, con Nit. 860.006.359 e **INVESTIGACIONES Y COBRANZAS EL LIBERTADOR S.A.**, con Nit.860.035.977, denominadas en adelante "LAS COMPAÑÍAS", declaro que:

**(1). DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS Y LICITUD DE ACTIVIDADES:** La información por mi suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la ley. Entiendo que LAS COMPAÑÍAS con el fin de medir, gestionar y monitorear el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mi suministrada y sus soportes.

**(2). AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO (LEY 1266 DE 2008):** Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, con el fin de: (1) Conocer y hacer seguimiento de mi idoneidad financiera y mi comportamiento comercial como proveedor de bienes y/o servicios. (2). Prevenir el fraude, el riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo.

**(3). AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):** Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, con sus respectivos anexos, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: (1) Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su suscripción, ejecución y terminación. (2) Efectuar el pago de los servicios prestados. (3) Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados, así como la medición del nivel de satisfacción respecto de los productos y servicios contratados. (4) Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de correo electrónico, correo postal, teléfono, celular, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI  NO

(Espacio para señalar si hay alguna finalidad con la que no estoy de acuerdo)

**(4). GRUPO BOLÍVAR:** Conozco que LAS COMPAÑÍAS hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web [www.grupobolivar.com](http://www.grupobolivar.com), opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar que puedan resultar de interés, sean éstos financieros, de seguros, valores, inmobiliarios, hoteleros y editoriales. Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI  NO

**ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información personal a LAS COMPAÑÍAS a través de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización que haga respecto de una de estas Entidades, sea conocida y utilizada por las tres restantes.

**DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Son derechos del Titular de la Información: conocer, actualizar, rectificar y revocar la autorización. Esto último salvo disposición legal o contractual que impida la supresión. Para este fin LAS COMPAÑÍAS ponen a disposición los siguientes canales de comunicación: correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10, Bogotá D.C. y correo electrónico: [servicioalcliente@segurosbolivar.com](mailto:servicioalcliente@segurosbolivar.com), la línea #322 desde celular, la línea 3122 122 para llamadas desde Bogotá y la línea 018000 123 322 fuera de Bogotá. Para INVESTIGACIONES Y COBRANZAS EL LIBERTADOR sus canales para atención son: correo físico: Carrera 13 No.26 – 45 Piso 16 Bogotá D.C.

**INFORMACIÓN SOBRE LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Las Políticas de Tratamiento de Información Personal se encuentran disponibles en los siguientes vínculos: [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com) y [www.ellibertador.com.co](http://www.ellibertador.com.co)

El diligenciamiento del presente documento no genera en cabeza de LAS COMPAÑÍAS la obligación de contratar ningún tipo de servicio con el Proveedor.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento.

Realizará tratamiento de datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, etc. de nuestros clientes?

SI  NO  En caso afirmativo anexe la política de tratamiento de datos "

FIRMA DEL PROVEEDOR

C.C.

### DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTAR

- Fotocopia del documento de identificación
- Fotocopia del RUT
- Último pago de la planilla PILA
- 2 Certificaciones comerciales
- Certificación bancaria

#### Adicionalmente y únicamente para Profesionales de Salud y Proveedores de Promoción y Prevención

- Hoja de vida
- Fotocopia de los Diplomas o Actas de los estudios relacionados en la hoja de vida
- Certificado de los cursos seminarios, congresos, Fellow, etc.
- Convalidación con el ICFES si los estudios se cursaron en el exterior
- Tarjeta profesional
- Certificado de habilitación del consultorio\*
- Fotocopia de la póliza de Responsabilidad Civil\*
- Fotocopia de la Licencia en Salud Ocupacional\*\*

\* aplica solo para Profesionales de la Salud

\*\*aplica solo para Proveedores de Promoción y Prevención