SEGUROS BOLÍVAR

FORMATO PARA INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES PERSONA JURÍDICA

Vinculación ○ Actualización ○

Fecha de Diligenciamiento
D M A

Información General

NIT	Razón Social	Dirección Principal

Ciudad	Teléfono	Celular	E-Mail (notificaciones para ofertar)

Dirección Sucursal	Ciudad	Teléfono

Información del Representante Legal

Tipo de Documento	Número de Documento
C.C.○ C.E.○ PP○ Otro○ Cual?	

Nombres	Apellidos

Información Fiscal

Resolución de Autoretención de Renta	Actividad ICA	Régimen en Renta
	Excluida ○ Excenta ○ Gravada ○	Contribuyente ○ No Contribuyente ○ Régimen Tributario Especial ○

Información Adicional

Persona Contacto	Cargo	Teléfono	E-Mail

Referencias

Referencias Comerciales

Compañía	Contacto	Teléfono	Ciudad
1.			
2.			

Contratos Actuales con otras Compañías

1. Compañía	Contacto	Teléfono	Ciudad

Objeto del Contrato

Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Cuantía
D M A	D M A	

2. Compañía	Contacto	Teléfono	Ciudad

Objeto del Contrato

Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Cuantía
D M A	D M A	

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

FORMA 02-193 (Red. Jul./15)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com

RED 322 #322 SIN COSTO

Información para Pago por Transferencia

Autorizo a que todo pago que se presente a favor de la sociedad que represento, se haga en la cuenta aquí registrada.

Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Entidad Financiera

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

En mi calidad de proveedor, he sido informado que con la suscripción del presente documento, autorizo a SEGUROS BOLÍVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR, CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A. Y A INVESTIGACIONES Y COBRANZAS EL LIBERTADOR, sociedades pertenecientes al Grupo Bolívar (Las Compañías), para que hagan uso de los datos personales que he suministrado en este formulario, con el fin de:

• Conocer y hacer seguimiento de mi idoneidad financiera y mi comportamiento comercial como proveedor de bienes y/o servicios.
• Consultar mi comportamiento en las Centrales de Información y dar referencias cuando éstas sean solicitadas.
• Contactarme para los efectos propios de la ejecución de la relación contractual, y utilizar mis datos para efectuar el pago de los servicios prestados.
• Informarme acerca de los productos y servicios ofrecidos por las Compañías del Grupo Bolívar.
• En relación con mi huella digital, he sido informado acerca de su naturaleza de dato sensible y de su uso exclusivo por parte de las Empresas para fines de asegurar la debida identificación.

Para efectos de la presente autorización, LAS COMPAÑÍAS ubicadas en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 de Bogotá D.C., serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales los cuales se recolectan observando la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado de manera expresa, que mis datos personales serán tratados por LAS COMPAÑÍAS para las finalidades y por los usuarios de la información que se encuentran publicados en el aviso de privacidad en la siguiente página www.segurosbolivar.com
Por último, declaro que la información contenida en este documento es exacta, completa y verificable, razón por la que entiendo que la falsedad, omisión o error en la misma, tendrá las implicaciones legales a que haya lugar. Me comprometo a mantener actualizada la información suministrada cada vez que se requiera, teniendo en cuenta los procedimientos de actualización dispuestos por Las Compañías.

El diligenciamiento del presente documento no genera en cabeza de Seguros Bolívar 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.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO

NIT

HUELLA INDICE DERECHO

Área de Seguros Bolívar a la que ofrece los servicios

Contacto en Seguros Bolívar

DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTAR

- Fotocopia del RUT
- Certificado de Existencia y Representación Legal
- Certificado de Camara y Comercio
- Fotocopia del Documento de Identificación del Representante Legal
- Certificación Bancaria

Si la empresa se acoge a la ley 1429 del 2010: Declaración juramentada del Representante Legal en donde manifieste que cumple con los requisitos para acojerse a la ley.

Adicionalmente y únicamente para IPS y Proveedores de Promoción y Prevención

- Certificado de Habilitación
- Copia del Programa de Seguridad del Paciente
- Copia de las Certificaciones de Calidad y Acreditación que posea
- Fotocopia de la Póliza de Responsabilidad Civil*
- Fotocopia de la Licencia en Salud Ocupacional **

*no aplica para Proveedores de Promoción y Prevención
**aplica solo para Proveedores de Promoción y Prevención