



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

**SOLICITUD DE SEGURO SEGURO CARGA ESTADO EMPRESARIAL PÓLIZA DE  
TRANSPORTE DE MERCANCIA PARA EMPRESAS DE TRANSPORTE  
Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**

NIT. 860.009.578-6

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD
---------------------------	-----	-----	-----	--------

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR **COMPLETAMENTE** DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA **N.A. (NO APLICA)**.

**1. INFORMACION GENERAL**

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	NIT	DV
-----------------------------	-----	----

CIUDAD	DIRECCION	TELÉFONO
--------	-----------	----------

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
-----------------	------------------	---------

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)	SEXO	ESTADO CIVIL
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO			

POR SU CARGO O ACTIVIDAD:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE:
¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
¿EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____

¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuál _____
--	---	------------

TIPO DE EMPRESA	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	MIXTA <input type="checkbox"/>	SIN ANIMO DE LUCRO <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	¿CUÁL?
-----------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	---	-------------------------------	--------

ACTIVIDAD ECONÓMICA	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>	AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>	CIVIL <input type="checkbox"/>	SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/>	CIU			
---------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--	-----	--	--	--

**DATOS OFICINA PRINCIPAL**

DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
-----------	-----------

DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO
--------------	--------------

CIUDAD	CIUDAD
--------	--------

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FAX
--------------------	----------	-----	--------------------	----------	-----

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN) - IGUALMENTE, IDENTIFICAR EN LAS COLUMNAS 1, 2 Y 3 SI POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS. PARA LA COLUMNA 4 SOLAMENTE DILIGENCIAR SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARACIÓN TRIBUTARIA EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES.

No.	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	Administra Recursos Públicos	2. Ejerce algún Grado de Poder Público	3. Goza de Reconocimiento Público	% PARTICIPACIÓN
1	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; T.I. Tarjeta de Identidad; NIT. Número de Identificación Tributaria

**2. INFORMACION FINANCIERA**

**2.1. BALANCE**

TOTAL ACTIVOS TOTAL	\$ _____	INGRESOS MENSUALES	\$ _____
PASIVOS TOTAL	\$ _____	EGRESOS MENSUALES	\$ _____
PATRIMONIO	\$ _____	OTROS INGRESOS MENSUALES	\$ _____

**2.2 INGRESOS Y EGRESOS**

CONCEPTO OTROS INGRESOS \_\_\_\_\_

**2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

TRANSFERENCIAS REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>	PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR <input type="checkbox"/>
Cuál _____		IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	

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

**3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS**

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES SOBRE SEGUROS EN LOS DOS (2) ÚLTIMOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**4. INFORMACION DEL SEGURO**

GREMIOS A LOS QUE ESTA AFILIADA LA EMPRESA. \_\_\_\_\_

OFICINAS Y AGENCIAS

CIUDAD	DIRECCIÓN	DIRECTOR O GERENTE

ESPECIALIDAD DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

**4.1. LISTA DE 10 PRINCIPALES GENERADORES.**

GENERADORES	TIPO MERCANCIA	TRAYECTO	%	V/R PROMEDIO MES MOVILIZACIÓN

**COBERTURA SOLICITADA**

AMPARO ADICIONAL DEHUELGA: SI  NO  LIMITE SOLICITADO \$ \_\_\_\_\_

**4.2. IDENTIFICACIÓN DEL PARQUE AUTOMOTOR**

VEHÍCULOS PROPIOS: \_\_\_\_\_ AFILIADOS \_\_\_\_\_ CONTRATADOS \_\_\_\_\_ (ADJUNTAR RELACIÓN)

NÚMERO DE CONDUCTORES EMPLEADOS \_\_\_\_\_

**LA OPERACIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SE REALIZA ASI:**

EN VEHÍCULOS PROPIOS \_\_\_\_\_% EN VEHÍCULOS AFILIADOS \_\_\_\_\_% EN VEHÍCULO DE TERCEROS \_\_\_\_\_%

**4.3. VALORES DE FACTURACIÓN**

VALOR TOTAL DE FACTURACIÓN DEL MES PASADO \$ _____	VALOR TOTAL DE FACTURACIÓN DEL AÑO PASADO \$ _____
PRESUPUESTO DE FACTURACIÓN PRÓXIMOS DOCE MESES \$ _____	No (CANTIDAD) DE MANIFIESTOS DE CARGA EXPEDIDOS EL MES PASADO _____
No (CANTIDAD) DE MANIFIESTOS DE CARGA EXPEDIDOS EL MES ANTEPASADO _____	SOBRE EL VALOR DE LA MERCANCÍA. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> O SOBRE FLETES. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿COBRA PRIMA DE SEGURO A SUS CLIENTES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TASA _____	PÓLIZA No. _____
CON QUE COMPAÑÍA DE SEGUROS ESTA ASEGURADO _____	

**4.4. SINIESTROS ÚLTIMOS AÑOS**

**ESTADÍSTICAS Y/O EXPERIENCIA SINIESTRAL ÚLTIMOS TRES AÑOS.**

AMPARO AFECTADO	No DE SINIESTROS	AÑO ANTEPASADO	AÑO PASADO	PRESENTE AÑO	VALOR PAGADO
PÉRDIDA TOTAL					
FALTA DE ENTREGA					
AVERÍA PARTICULAR					
SAQUEO					
HUELGA					

UTILIZA PUESTOS DE CONTROL PROPIOS. SI  NO , DE TERCEROS SI  NO   
 CON QUE EMPRESA \_\_\_\_\_ CUANTOS \_\_\_\_\_  
 QUE OTRO SISTEMA DE CONTROL, RASTREO, SEGUIMIENTO, SEGURIDAD ETC., TIENE PARA LA CARGA Y/O EL VEHÍCULO. \_\_\_\_\_

TRÁMITE PARA LA SELECCIÓN DE SUS CONDUCTORES: \_\_\_\_\_

SISTEMA Y PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD PARA LA VINCULACIÓN DE CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PARA LA ENTREGA DE CARGA: \_\_\_\_\_

**FAVOR DETALLAR CUALES DE LAS SIGUIENTES MERCANCIAS MOVILIZA**

- |  |   |
|--|---|
| ACERO, HIERRO, ZINC, Y COBRE EN CUALQUIER PRESENTACIÓN _____   | AGROQUÍMICAS, PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y VETERINARIOS _____  |
| ALGODÓN EN PACAS _____   | AZÚCAR _____  |
| CAFÉ DE EXPORTACIÓN Y PERGAMINO _____                          | CALZADO, CUEROS PROCESADOS Y SUS PRODUCTOS TERMINADOS _____ |
| CERVEZA EN BOTELLA Y EN LATA _____                             | CIGARRILLOS _____   |
| COMESTIBLES ENLATADOS Y CONSERVAS _____                        | COMPUTADORES, COMPONENTES Y SUS PERIFÉRICOS. _____          |
| ELECTRODOMÉSTICOS Y/O GASODOMÉSTICOS _____                     | EQUIPOS Y MERCANCÍA FOTOGRÁFICAS. _____                     |
| HARINA DE PESCADO _____  | HILOS, HILAZAS Y FIBRAS. _____                              |
| JUGUETERÍA _____   | LECHE EN POLVO _____  |
| LICORES _____  | LLANTAS Y NEUMÁTICOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL. _____          |
| MATERIAL CKD AUTOMOTORES Y REPUESTOS AUTOMOTORES _____         | MERCANCIAS EN TRANSITO ADUANERO _____                       |
| PERFILES DE ALUMINIO Y ARTÍCULOS DE FERRETERÍA _____           | PINTURAS _____  |
| PRODUCTOS TERMINADOS DE MARGARINAS Y ACEITES COMESTIBLES _____ | PRODUCTOS TERMINADOS PARA EL ASEO PERSONAL _____            |
| TEXTILES Y CONFECCIONES _____                                  | PRODUCTOS QUÍMICOS _____                                    |

**IMPORTANTE:**

A ESTA SOLICITUD DEBEN ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO  
 ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO AÑO  
 DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO AÑO  
 RESOLUCIÓN DEL MINISTERIO DE TRANSPORTES

TARJETA PROFESIONAL DE REVISOR FISCAL / CONTADOR  
 RELACIÓN DE VEHÍCULOS PROPIOS Y AFILIADOS / CONDUCTORES  
 FOTOCOPIA CEDULA REPRESENTANTE LEGAL

**5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS**

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. (DAR DETALLE) \_\_\_\_\_

## 6. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACION

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S. A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S. A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos de la persona jurídica que represento o de las personas naturales vinculadas a la misma.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestación del servicio correspondiente, así como a la circulación o transferencia de ellos; todo, aún en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o la misma hubiere terminado. Así mismo, autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir la información con **FASECOLDA e INVERFAS S.A.**; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con aliados estratégicos, Intermediarios de seguros, compañías, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que **LAS ASEGURADORAS** me han informado los derechos que se tienen como titular de la información, de acuerdo con la ley y su manual de políticas, que he leído y que se encuentran disponibles en la página [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com). Igualmente, la Persona Jurídica que represento se compromete a actualizar toda la información anualmente.

De la misma forma, autorizo de manera permanente e irrevocable a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a centrales de información.

El responsable del Tratamiento de la información es la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico [info@segurosdelestado.com](mailto:info@segurosdelestado.com).

## 7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

**EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES (3) MESES, EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO.**

### 1. TOMADOR ASEGURADO AFIANZADO

- Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
- Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o estados financieros.
- Inventario General de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

### 2. INTERMEDIARIOS

- Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

### 3. PROVEEDORES

- Fotocopia de Registro Único Tributario ( RUT).
- Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o estados financieros.

### 4. BENEFICIARIOS

- Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

### 5. APODERADO

- En caso de que el cliente se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.

## 8. FIRMAS

DECLARAMOS QUE LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS SON VERÍDICOS, Y AUTORIZO A **SEGURESTADO** PARA QUE LOS VERIFIQUE EN CUALQUIER MOMENTO, ASÍ COMO PARA QUE NOTIFIQUE AL MINISTERIO DE TRANSPORTE CUANDO ESTE CONTRATO SE CANCELE, SI ES QUE LA PÓLIZA SE EMITE. NOS COMPROMETEMOS AL PAGO DE LAS PRIMAS Y AL REPORTE DE LOS DESPACHOS EN LA FORMA Y FRECUENCIA REQUERIDA. LA RETICENCIA EN EL SUMINISTRO DE LA INFORMACIÓN O PARTE DE ELLA, SERÁ SANCIONADA CON LAS ESTIPULACIONES DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO REPRESENTANTE LEGAL  
DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REVISOR FISCAL  
T.P No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL INTERMEDIARIO  
TELÉFONO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA INTERMEDIARIO  
CLAVE No: \_\_\_\_\_

## 9. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

## 10. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	:	:	FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	:	:
DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA						OBSERVACIONES							
¿CÓMO CONOCIÓ AL CLIENTE?						_____							
OBSERVACIONES						_____							
RESULTADO: ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>						_____							
NOMBRE DE QUIEN ENTREVISTA						CARGO		_____					
CLAVE				INTERMEDIARIO		NOMBRE DE QUIEN VERIFICA				CARGO			
SUCURSAL				FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO		SUCURSAL				FIRMA			