



INFORMACIÓN DEL TOMADOR

FECHA DE SOLICITUD	SUCURSAL	PÓLIZA NÚMERO	INICIACIÓN DEL SEGURO
D M A			D M A
TOMADOR		NIT	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES						
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN				DEUDOR	CODEUDOR	EDAD
CC CE NIT PEP PPT	NÚMERO	D D M M A A A A						
GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD				
M F	D D M M A A A A							
ESTADO CIVIL	E-MAIL 1							
SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO UNIÓN LIBRE								
E-MAIL 2	DIRECCIÓN RESIDENCIA							
TELÉFONO DE CONTACTO	EXT.	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD				
DIRECCIÓN OFICINA				TELÉFONO DE CONTACTO	EXT.			
PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	CELULAR	FAX				

VALOR ASEGURADO

CONDICIONES DE SEGURO

AMPAROS DE LA PÓLIZA
VIDA
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL
ENFERMEDADES GRAVES
OTRO

AMPAROS DE LA PÓLIZA
\$
\$
\$
\$
\$

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA SEGURO DE VIDA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

(MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA CORRESPONDIENTE)

ESTATURA (MTS.)	PESO (KGS.)	E.P.S. A LA CUAL ESTÁ AFILIADO

AL FIRMAR LA PRESENTE SOLICITUD DECLARO Y AUTORIZO

- Mi edad se encuentra entre los 18 y 70 años. Que mi estado de salud es normal y no padezco ni he padecido enfermedades de tipo congénito, cardiovascular, neurológico, ni enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, SIDA, diabetes, epilepsia, asma, trombosis, anemia, leucemia, derrame cerebral, enfisema pulmonar, artritis reumatoidea, insuficiencia renal, tumores, trastornos inmunológicos, ni defectos o limitaciones físicas o mentales que incidan en mi estado de salud. No tengo intervenciones quirúrgicas pendientes. No consumo bebidas alcohólicas en exceso, no consumo sustancias psicoactivas.
- Las actividades a las que me dedico se desarrollan dentro del marco de la Ley y no ejerzo actividades peligrosas como la aviación privada, automovilismo deportivo, motociclismo, deportes de alto riesgo, no soy miembro activo de las fuerzas militares o de policía, no comercio con joyas, ni desempeño

- actividades de seguridad como guardaespaldas, ni ejerzo la política.
- Estoy desarrollando en forma normal mis actividades y no he sido víctima de secuestro, amenaza de secuestro o cualquier otro tipo de amenaza o extorsión.
 - Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas, y por lo tanto Global Seguros de Vida S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud, edad u ocupación en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio Colombiano).
 - Autorizo expresamente (mediante esta forma o copia fotostática de ella), de conformidad con el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y su Decreto reglamentario 3380 de 1981, a cualquier persona natural o jurídica que me hayan brindado atención médica para que suministre a Global Seguros de Vida S.A., copia de mi historia clínica y demás datos que posean sobre mi salud, y que soliciten en cualquier tiempo, aún después de mi fallecimiento.
 - Que las anteriores declaraciones son exactas, completas y verídicas, en la forma en que aparecen escritas. Que el cuestionario ha sido leído en su totalidad y resuelto de forma personal y voluntariamente, así mismo hago las siguientes declaraciones, aclaraciones o adiciones que considero necesarias para la expedición del seguro: _____

OCUPACIÓN (DETALLAR ACTIVIDAD)

¿PRACTICA USTED DEPORTES DE RIESGO? SI NO ¿CUÁLES?

¿CONDUCE MOTO? SI NO CILINDRAJE FRECUENCIA ¿SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO? SI NO

¿EN CUAL MES DE EMBARAZO SE ENCUENTRA?

GLOBAL SEGUROS DE VIDA S.A., SE RESERVA EL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR LA SOLICITUD PROPUESTA, O ACEPTARLA EN CONDICIONES MÁS ONEROSAS EN CASO DE AMERITARLO.

BENEFICIARIOS

NOMBRE Y APELLIDO	Nº IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	A TITULO	PORCENTAJE %

EN EVENTUALIDAD DE MUERTE DE LOS BENEFICIARIOS PRINCIPALES DESIGNADOS

NOMBRE Y APELLIDO	Nº IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	A TITULO	PORCENTAJE %

AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

AUTORIZO DE MANERA PERMANENTE E IRREVOCABLE A GLOBAL SEGUROS DE VIDA S.A. O A QUIEN REPRESENTE SUS DERECHOS U OSTENTE EN EL FUTURO A CUALQUIER TÍTULO LA CALIDAD DE ACREEDOR, PARA QUE CON FINES ESTADÍSTICOS Y DE INFORMACIÓN ENTRE COMPAÑÍAS Y ENTRE ESTAS Y LAS AUTORIDADES COMPETENTES DE CONTROL, SUPERVISIÓN Y DE INFORMACIÓN COMERCIAL; CONSULTE, SOLICITE, DIVULGUE, PROCESA, REPORTE, CONSERVE, SUMINISTRE, ACTUALICE, ALMACENE, ADMINISTRE Y TRANSFIERA A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN O BASES DE DATOS DEBIDAMENTE CONSTITUIDAS QUE ESTIME CONVENIENTE O A CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA, TODA LA INFORMACIÓN QUE SE REFIERE A MI COMPORTAMIENTO CREDITICIO, FINANCIERO Y COMERCIAL, DESDE EL MOMENTO EN QUE SE FIRMA LA SOLICITUD DE SEGURO Y HASTA TANTO ESTÉ VIGENTE LA PÓLIZA, AL IGUAL QUE DURANTE EL TIEMPO QUE LOS SISTEMAS DE BASE DE DATOS, LAS NORMAS Y LAS AUTORIDADES COMPETENTES LO ESTABLEZCAN. LO ANTERIOR IMPLICA QUE MI COMPORTAMIENTO PRESENTE Y PASADO FRENTE A MIS OBLIGACIONES PERMANECERÁ REFLEJADO DE MANERA COMPLETA EN LAS MENCIONADAS BASES DE DATOS CON EL OBJETO DE SUMINISTRAR INFORMACIÓN SUFICIENTE Y ADECUADA AL MERCADO SOBRE EL ESTADO DE MIS OBLIGACIONES FINANCIERAS, COMERCIALES Y CREDITICIAS. POR LO TANTO, CONOCERÁN MI INFORMACIÓN QUIENES SE ENCUENTREN AFILIADOS A DICHAS CENTRALES Y/O QUE TENGAN ACCESO A ESTÁ, DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE.
LA PERMANENCIA DE MI INFORMACIÓN EN LAS BASES DE DATOS SERÁ

DETERMINADA POR EL ORDENAMIENTO JURÍDICO APLICABLE, EN ESPECIAL POR LAS NORMAS LEGALES Y LA JURISPRUDENCIA, LOS CUALES CONTIENEN MIS DERECHOS Y OBLIGACIONES, QUE, POR SER PÚBLICOS, CONOZCO PLENAMENTE. ASÍ MISMO MANIFIESTO QUE CONOZCO EL REGLAMENTO DE LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN.

EN CASO DE QUE EN EL FUTURO, EL AUTORIZADO EN ESTE DOCUMENTO EFECTÚE UNA VENTA DE CARTERA O UNA CESIÓN A CUALQUIER TÍTULO DE LAS OBLIGACIONES A MI CARGO A FAVOR DE UN TERCERO, LOS EFECTOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN SE EXTENDERÁN A ÉSTE, EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

ESTATUTO DEL CONSUMIDOR

DECLARO QUE GLOBAL SEGUROS DE VIDA S.A. ME HA HECHO ENTREGA ANTICIPADA DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO VIDA GRUPO VOLUNTARIO LAS CUALES PUEDEN SER IGUALMENTE CONSULTADAS EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA O EN LA PÁGINA WEB WWW.GLOBALSEGUROSCOLOMBIA.COM Y QUE SE ME HA EXPLICADO EL CONTENIDO DE LA COBERTURA, EXCLUSIONES Y GARANTÍAS DEL PRODUCTO EN MENCIÓN.

CONSIDERACIONES CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN:

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 DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO.

2. QUE CONFORME CON LO DISPUESTO POR EL LITERAL B) DEL ARTÍCULO 2 DE LA LEY 1581 DE 2012, LOS PRINCIPIOS Y 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 LOS DATOS PERSONALES ADICIONALES PARA EL ESTUDIO TÉCNICO DEL RIESGO ASEGURABLE Y REASEGURABLE QUE SE RECOLECTEN SE TRATARÁN OBSERVANDO LAS LEYES 1581 DE 2012 Y 1266 DE 2008 SEGÚN EL CASO.

4. QUE LOS DATOS TAMBIÉN SERÁN TRATADOS PARA FINES COMERCIALES, RAZÓN POR LA CUAL PROCEDO A EMITIR LA SIGUIENTE:

AUTORIZACIÓN

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN, ENTIÉNDASE POR LA ASEGURADORA, LA(S) SOCIEDAD(ES) GLOBAL SEGUROS DE VIDA S.A., DIRECCIÓN PRINCIPAL CARRERA 9 NO. 74 - 62, TELÉFONO 3139200, Y/O CUALQUIER SOCIEDAD CONTROLADA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, POR LA MISMA SOCIEDAD MATRIZ DE LAS SOCIEDAD(ES) ANTES MENCIONADA(S).

DECLARO EXPRESAMENTE:

I. QUE PARA EFECTOS DE ACCEDER A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, SUMINISTRO MIS DATOS PERSONALES PARA TODOS LOS FINES PRECONTRACTUALES Y CONTRACTUALES QUE COMPRENDE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.

II. QUE **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** ME HAN INFORMADO, DE MANERA EXPRESA:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: MIS DATOS PERSONALES SERÁN TRATADOS POR LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, PARA LAS SIGUIENTES FINALIDADES: **I)** EL TRÁMITE DE MI SOLICITUD DE VINCULACIÓN COMO CONSUMIDOR FINANCIERO, DEUDOR, CONTRAPARTE CONTRACTUAL Y/O PROVEEDOR **II)** EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE CONTRATOS CON LA ASEGURADORA, INCLUYENDO LA DETERMINACIÓN DE PRIMAS Y LA SELECCIÓN DE RIESGOS. **III)** LA EJECUCIÓN Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS QUE CELEBRE. **IV)** EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DEL FRAUDE. **V)** LA LIQUIDACIÓN Y PAGO DE SINIESTROS. **VI)** TODO LO QUE INVOLUCRE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL SEGURO CONTRATADO. **VII)** CONTROLAR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA ACCEDER AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL **VIII)** LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICO-ACTUARIALES, ESTADÍSTICAS, ENCUESTAS, ANÁLISIS DE TENDENCIAS DEL MERCADO Y, EN GENERAL, ESTUDIOS DE TÉCNICA ASEGURADORA. **IX)** 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. **X)** REALIZACIÓN DE ENCUESTAS SOBRE SATISFACCIÓN EN LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. **XI)** ENVÍO DE INFORMACIÓN FINANCIERA DE SUJETOS DE TRIBUTACIÓN EN LOS ESTADOS UNIDOS AL INTERNAL REVENUE SERVICE (IRS), EN LOS TÉRMINOS DEL FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT (FATCA), **XII)** INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA EN VIRTUD DE TRATADOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS POR COLOMBIA, **XIII)** LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, **IX)** CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN PUBLICADA EN WWW.GLOBALSEGUROSCOLOMBIA.COM.

2. EL TRATAMIENTO PODRÁ SER REALIZADO DIRECTAMENTE POR DICHAS EMPRESAS O POR LO ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO QUE ELLAS CONSIDEREN 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, CONTROLADAS, SUBSIDIARIAS O VINCULADAS, O DE MATRIZ DE **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**. **II)** LOS OPERADORES NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DERIVADOS DE LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, TALES COMO: AJUSTADORES, CALL CENTERS, INVESTIGADORES, COMPAÑÍAS DE ASISTENCIA, ABOGADOS EXTERNOS, ENTRE OTROS. **III)** **LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS** QUE INTERVENGAN EN EL PROCESO DE CELEBRACIÓN, EJECUCIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. **IV)** LAS PERSONAS CON LAS CUALES **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** ADELANTE GESTIONES PARA EFECTOS DE CELEBRAR CONTRATOS DE COASEGURO O REASEGURO. **V)** **FASECOLDA E INVERFAS S.A.**, PERSONAS JURÍDICAS QUE ADMINISTRAN BASES DE DATOS PARA EFECTOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE FRAUDES, 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.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: QUE EN CIERTAS SITUACIONES ES NECESARIO REALIZAR TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES DE MIS DATOS PARA CUMPLIR LAS FINALIDADES DEL TRATAMIENTO.

5. DATOS SENSIBLES: QUE SON FACULTATIVAS LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS QUE ME HAN HECHO O ME HARÁN SOBRE DATOS PERSONALES SENSIBLES, DE CONFORMIDAD CON LA DEFINICIÓN LEGAL VIGENTE. EN CONSECUENCIA, NO HE SIDO OBLIGADO A RESPONDERLAS, POR LO QUE AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA QUE SE LLEVE A CABO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS SENSIBLES, EN ESPECIAL, LOS RELATIVOS A LA SALUD Y A LOS DATOS BIOMÉTRICOS. EN TODO CASO, PARA EFECTOS DEL PRESENTE FORMULARIO DE CONOCIMIENTO SE DEBE TENER EN CONSIDERACIÓN QUE EL CAPÍTULO XI DEL TÍTULO I DE LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA EXIGE LAS MISMAS.

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 A RESPONDERLAS.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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, ACTUALIZAR Y RECTIFICAR LAS INFORMACIONES QUE SE HAYAN RECOGIDO SOBRE MÍ.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: QUE LOS RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN SON **LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS** (EN CASO QUE APLIQUE ESTOS ÚLTIMOS), 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 LITERAL V) DEL NUMERAL 3 ANTERIOR, SERÁN:

A) FASECOLDA CUYA DIRECCIÓN ES CARRERA 7 NO. 26 – 20 PISOS 11 Y 12, EMAIL: FASECOLDA@FASECOLDA.COM TEL. 3443080 DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

B) INVERFAS S.A. CUYA DIRECCIÓN ES CARRERA 7 NO. 26 – 20 PISO 11, EMAIL: INVERFAS@FASECOLDA.COM TEL. 3443080 DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

C) INIF – INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN DEL FRAUDE AL SEGURO CUYA DIRECCIÓN ES CARRERA 13 NO. 37-43, PISO 8, EMAIL: DIRECTOROPERATIVO@INIF.COM.CO TEL. 2320105 DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

III. AUTORIZACIÓN: DE MANERA EXPRESA, AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES INCLUIDOS LOS SENSIBLES Y AUTORIZÓ, DE SER NECESARIO, LA TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE LOS MISMOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN ESTE DOCUMENTO.

¿AL MOMENTO DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD, EL CONTACTO CON EL CLIENTE SE REALIZA A TRAVÉS DE UNA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA (SKYPE, TEAMS, ZOOM, ETC)?

SÍ	NO
----	----

FECHA DE FIRMA DE LA SOLICITUD

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

FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA

FIRMA DEL ASEGURADO/APODERADO

Huella Índice Derecho

DE CONFORMIDAD CON EL PARÁGRAFO TRANSITORIO DEL ARTÍCULO 2 DEL DECRETO 0862 DEL 26 DE ABRIL DE 2013, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMAMOS QUE EL CÓDIGO ACTUALIZADO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA DE **GLOBAL SEGUROS DE VIDA S.A.**, ES EL NÚMERO 6512 QUE CORRESPONDE A SEGUROS DE VIDA, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 139 DE 2012, MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 154 DE 2012. **GLOBAL SEGUROS DE VIDA S.A.**, ES DECLARANTE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA Y COMPLEMENTARIOS Y DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA PARA LA EQUIDAD **CREE**. ES SUJETO PASIVO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA PARA LA EQUIDAD **CREE**. SOMOS AUTORRETENEDORES DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA ÚNICAMENTE POR RENDIMIENTOS FINANCIEROS DE ACUERDO AL DECRETO 700 DE 1997. LAS PRIMAS DE SEGUROS DE RENTAS VITALICIAS E INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA ESTÁN EXENTAS DE TODO TIPO DE IMPUESTOS, GRAVÁMENES DEL ORDEN NACIONAL, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 135 DE LA LEY 100 DE 1993.