



FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES

TIPO DE PROVEEDOR

Natural Jurídica

Fecha diligenciamiento

DIA MES AÑO

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas está información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS N°. Identificación
Tipo de identificación CC CE PA TI RC Fecha de expedición Expedida en
Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento Nacionalidad
Año Mes Día
Dirección Residencia País - Dpto. - Ciudad Teléfono casa Celular

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado Independiente Estudiante Rentista Socio Pensionado
Código de Actividad "CIUU" E-Mail
¿Actualmente está laborando? Si No
Ocupación / Profesión Nombre Empresa donde Trabaja Cargo que Desempeña
Dirección Empresa Ciudad Teléfono E Mail
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si No Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? Si No Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si No
Actualmente es una persona políticamente expuesta Si No Si su respuesta fue afirmativa por favor indique la fecha de vinculación al cargo
Durante los últimos 2 años ha sido considerado como una persona políticamente expuesta Si No Si su respuesta fue afirmativa por favor indique el cargo y la fecha de retiro
¿Tiene usted algún vinculo familiar con una Persona Pública o Políticamente Expuesta? Si No
Si su respuesta fue afirmativa suministre la siguiente información
Padre Hijo Hermano Nieto Abuelo Suegro Yerno Cuñado Esposo
Nombre Completo Número de identificación
Nombre Completo Número de identificación
Nombre Completo Número de identificación

PERSONA JURÍDICA

Razón social NIT
Dirección oficina principal Ciudad Teléfono Fax
¿Cuenta con una sucursal o agencia? Si No
Dirección sucursal o agencia País - Dpto. - Ciudad Teléfono Fax
Tipo de empresa: Pública Privada Mixta Inversión extranjera Otra Cuál
Código de actividad CIUU E-mail

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

¿Cuenta con accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5 % del capital social, aporte o participación? Si No

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

NÚMERO

C.C. C.E. T.I. NIT

C.C. C.E. T.I. NIT

C.C. C.E. T.I. NIT

C.C. C.E. T.I. NIT

C.C. C.E. T.I. NIT

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Esta información será de la Compañía para personas jurídicas)

Total activos Total pasivo
Ingresos Mensuales Otros Ingresos \$ Concepto (Otros Ingresos)
Egresos Mensuales Otros Egresos \$ Concepto (Otros Egresos)

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO Tipo de Transacción: Importación Exportación
 Inversiones Préstamos Traslados Otros Cuál? _____

| Tipo de Producto | Identificación o Numero del Producto | Entidad | Monto | Ciudad | País | Moneda |
|------------------|--------------------------------------|---------|-------|--------|------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y RIQUEZA Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION**Declaro expresamente que:**

- Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) _____
- Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por Positiva Compañía de Seguros.
- Autorizo a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Si en el desarrollo del objeto contractual la CONTRATANTE recolecta o recibe datos personales de la CONTRATISTA, se entenderá que la CONTRATISTA, en calidad de titular del dato personal autoriza de manera previa, expresa e informada para que transfieran, transmitan, trasladen, compartan, almacenen, revelen o utilicen la información personal para el cumplimiento del contrato.

La CONTRATISTA ha sido informada de que la CONTRATANTE cuenta con (a) una Política de Tratamiento de la Información, (b) un responsable encargado de atender todas las consultas y reclamos relacionados la protección de los datos personales que se dirijan al correo electrónico servicioalcliente@positiva.gov.co

La CONTRATISTA declara que ha sido informada que, en calidad de titular, tiene el derecho de acceder, conocer, modificar, actualizar, o rectificar los datos personales de las bases de datos administradas por el CONTRATANTE.

La CONTRATISTA otorga su autorización libre, expresa, previa e informada al CONTRATANTE para tratar sus datos sensibles, habiendo sido informado del carácter facultativo que implica la revelación de ese tipo de datos personales. La CONTRATANTE podrá transmitir o transferir, dentro o fuera del territorio colombiano, los datos personales recolectados en virtud del presente contrato, sin que para ello sea necesario obtener nuevamente la autorización de la CONTRATISTA.

SI NO

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma proveedor o Representante Legal



Huella

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista _____

Fecha de la entrevista: DÍA MES AÑO Hora

Nombre funcionario que realiza la entrevista _____

Firma funcionario que realiza la entrevista _____

Resultado de la Entrevista _____

La entrevista la realiza el funcionarios del área que supervisará el contrato

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: DÍA MES AÑO Hora

Nombre y Cargo de quien verifica _____

Firma _____

Resultado de la Verificación _____

La verificación se encuentra a cargo del superior jerárquico de quién realiza la entrevista

Aprobó: Junta Directiva
 Revisó: Alexander Ruíz Ceballos - Oficial de Cumplimiento
 Elaboró: Luisa Viviana Pérez Gómez- Profesional Especializado

Código: EST_3_3_1_FR02
 Versión: 2
 Clasificación: Pública clasificada