



FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES

En el evento en que el potencial cliente no cuente con la información solicitada en este formulario, deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente

	Fecha diligenciamiento						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO					

1. INFORMACIÓN GENERAL

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

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Identificación tipo: C.C. C.E. PAS T.I. Fecha de Expedición

Número Expedida en

Fecha de Nacimiento Año Mes Día Lugar de Nacimiento Nacionalidad

Dirección Residencia País - Dpto. - Ciudad Teléfono casa Celular

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado Independiente Estudiante Rentista Socio Pensionado

Código de Actividad "CIU" E-Mail

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 vínculo 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

Dirección Sucursal o Agencia País - Dpto. - Ciudad Teléfono Fax

Tipo de empresa: Pública Privada Mixta Inversión extranjera Otra Cuál?

Código de Actividad "CIU" E-Mail

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

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Si es persona Juridica esta información será la de la Compañía)

Total Activos \$ Total Pasivos \$

Ingresos Mensuales \$ Otros Ingresos \$ Concepto (Otros Ingresos)

Egresos Mensuales \$ Otros Egresos \$ Concepto (Otros Egresos)

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES (Si es persona Juridica esta información será la de la Compañía)

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

No se aceptarán formularios con espacios en blanco, tachaduras o enmendaduras

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo o posee la compañía a la cual represento provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad,

2. 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.

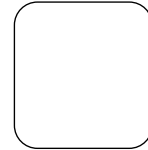
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por Positiva Compañía de Seguros.

4. 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.

5. 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 DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALESSi 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.coLa **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**.**6. 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

Huella

7. INFORMACIÓN ENTREVISTALugar de la entrevista _____
DIA MES AÑO
Fecha de la entrevista Hora

Nombre Funcionario Responsable

Firma Funcionario Responsable

Resultado de la Entrevista

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

8. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓNFecha 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: Alexander Ruiz Ceballos - Oficial de Cumplimiento

Revisó: Alexander Ruiz Ceballos - Oficial de Cumplimiento

Elaboró: Luisa Viviana Pérez Gómez- Profesional Especializado LA/FT

CÓDIGO: EST-3-1-2-FR02

VERSIÓN: 4