



FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES

Fecha diligenciamiento		
DIA	MES	ANO

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 "CIIU" _____ 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 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 _____

Dirección sucursal o agencia _____ País - Dpto. - Ciudad _____ Teléfono _____ Fax _____

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

Código de actividad CIIU _____ 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)

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

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 Trasferencias Otros Cuál? _____

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

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

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)

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 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

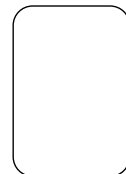
La CONTRATISTA declara que ha sido informada que, en calidad de titular, tiene el derecho de acceder, conocer, modificar, actualizar, o rectificar los datos personales de las bases de datos administradas por el CONTRATANTE.

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.

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
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre Intermediario y/o Asesor Responsable	_____			
Firma Intermediario y/o Asesor Responsable	_____			
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
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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: 1