



FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES

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
Tipo de identificación
Fecha de expedición
Fecha de Nacimiento
Dirección Residencia

DETALLE ACTIVIDAD
Asalariado
Independiente
Estudiante
Rentista
Socio
Pensionado
Código de Actividad "CIU"
E-Mail
Ocupación / Profesión
Nombre Empresa donde Trabaja
Cargo que Desempeña

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?
Actualmente es una persona políticamente expuesta
Durante los últimos 2 años ha sido considerado como una persona políticamente expuesta
¿Tiene usted algún vinculo familiar con una Persona Pública o Políticamente Expuesta?
Si su respuesta fue afirmativa suministre la siguiente información

PERSONA JURÍDICA

Razón social
Dirección oficina principal
Dirección sucursal o agencia
Tipo de empresa:
Pública
Privada
Mixta
Inversión extranjera
Otra
Código de actividad CIU

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)

Table with 3 columns: RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO, TIPO DE IDENTIFICACIÓN, and NUMERO. Rows for C.C., C.E., T.I., and NIT.

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

Total activos
Total pasivo
Ingresos Mensuales
Otros Ingresos
Egresos Mensuales
Otros Egresos

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera?
Inversiones
Préstamos
Trasferencias
Otros

Table with 7 columns: 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

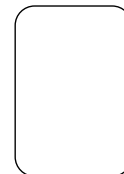
La CONTRATISTA declara que ha sido informada que, en calidad de titular, tiene el derecho de acceder, conocer, modificar, actualizar, o rectificar los datos personales de las bases de datos administradas por el CONTRATANTE.

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	<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td>Hora</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	Hora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
DÍA	MES	AÑO							
<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