

CLASE DE CLIENTE	Proveedor <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	FECHA DILIGENCIAMIENTO	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td align="center">DIA</td> <td align="center">MES</td> <td align="center">ANO</td> </tr> </table>				DIA	MES	ANO
DIA	MES	ANO								

1. INFORMACIÓN GENERAL

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

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		Identificación tipo: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Fecha de Expedición</td> </tr> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td align="center">DIA</td> <td align="center">MES</td> <td align="center">ANO</td> </tr> </table>		Fecha de Expedición						DIA	MES	ANO
Fecha de Expedición														
DIA	MES	ANO												
Número _____		Expedida en _____												
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad										
Año <input style="width: 50px;" type="text"/>	Mes <input style="width: 30px;" type="text"/>	Día <input style="width: 30px;" type="text"/>	_____	_____	_____									
Dirección Residencia			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 _____

PERSONA JURÍDICA

Razón Social _____		NIT _____	
Dirección Oficina Principal _____		Ciudad _____	Teléfono _____ Fax _____
Dirección Sucursal o Agencia _____		Ciudad _____	Teléfono _____ Fax _____
Tipo de empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Inversión extranjera <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál? _____			
Código de Actividad "CIU" <input style="width: 50px;" type="text"/>		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 IDENTIFICACIÓN	NUMERO
	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

Total Activos \$ <input style="width: 150px;" type="text"/>	Total Pasivos \$ <input style="width: 150px;" type="text"/>
Ingresos Mensuales \$ <input style="width: 100px;" type="text"/>	Otros Ingresos \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> Concepto _____
Egresos Mensuales \$ <input style="width: 100px;" type="text"/>	Otros Egresos \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> Concepto _____

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO Tipo de Transacción: Importación Exportación

Inversiones Préstamos Transferencias Otros Cuál? _____

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

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). _____
2. Tanto mi actividad, 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
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable 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 ó que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este Formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad

Sucursal y Tel.

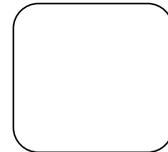
Tipo de Cuenta

Cuenta Número

7. 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 Representante Legal del Proveedor ó Empleado



Huella

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista _____

Fecha de la entrevista

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Hora

Nombre Funcionario Responsable

Firma Funcionario Responsable

Resultado de la Entrevista

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Hora

Nombre y Cargo de quien verifica

Firma

Resultado de la Verificación