

Fecha Diligenciamiento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

**CLASE DE VINCULACIÓN:** Asesor de Seguros  Agencia de Seguros  Franquicia  Delegación  Corredor de Seguros

**1. PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ FECHA DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_\_ LUGAR DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD 1: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD 2: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CIUU (cod): \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD ECONÓMICA: \_\_\_\_\_ TIPO DE RÉGIMEN: Común  Simplificado

INGRESOS MENSUALES (Pesos): \_\_\_\_\_ EGRESOS MENSUALES (Pesos): \_\_\_\_\_

ACTIVOS (Pesos): \_\_\_\_\_ PASIVO (Pesos): \_\_\_\_\_

PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos): \_\_\_\_\_ OTROS INGRESOS (Pesos): \_\_\_\_\_

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES: \_\_\_\_\_

¿Es usted una persona expuesta públicamente? (Ver definición en el pie de página)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	---	--	---

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique:
--	---	--------------

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI  NO  Indique: \_\_\_\_\_

**2. PERSONA JURÍDICA**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

NIT: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_ OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TIPO DE EMPRESA: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD ECONÓMICA: \_\_\_\_\_ CIUU (Cod): \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**Representante Legal**

PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ FECHA DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_\_ LUGAR DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD 1: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD 2: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN (Residencia): \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ PAÍS: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

¿Alguno de los administradores (representantes legales, miembros de la Junta Directiva) es una persona expuesta públicamente? (ver definición de administrador, PEP y vinculados en el pie de página).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Por su cargo o actividad, alguno de los administradores (representantes legales, miembros de la Junta Directiva) administra recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI  NO  Indique: \_\_\_\_\_

**Información Financiera**

INGRESOS MENSUALES (Pesos): \_\_\_\_\_ EGRESOS MENSUALES (Pesos): \_\_\_\_\_

ACTIVOS (Pesos): \_\_\_\_\_ PASIVO (Pesos): \_\_\_\_\_

PATRIMONIO (Activos-Pasivos Pesos): \_\_\_\_\_ OTROS INGRESOS (Pesos): \_\_\_\_\_

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES: \_\_\_\_\_

**3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI  NO  ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

## 4. RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PARA INTERMEDIARIOS DE SEGUROS

1. Su agencia de seguros es dirigida por una sociedad de comercio\*? (Si su respuesta fue afirmativa, por favor responda la pregunta 1.1. De lo contrario pase a la pregunta 2) SI  NO

1.1 Las primas correspondientes a los seguros propios de la sociedad de comercio o de su clientela comercial, exceden el 20% del total de sus ingresos anuales por todas las aseguradoras que representa? SI  NO

2. Es usted socio, director, administrador o empleado de una sociedad de comercio\*? (Si su respuesta fue afirmativa, por favor responda la pregunta 2.1. De lo contrario pase a la pregunta 3) SI  NO

2.1 Las primas correspondientes a los seguros propios de la sociedad de comercio o su clientela comercial exceden del 20% del total de sus ingresos anuales por todas las aseguradoras que representa? SI  NO

3. Usted o alguno de sus socios o administradores:

3.1 Ejerce cargos oficiales o semioficiales o pertenece a cuerpos públicos colegiados? SI  NO

En caso afirmativo, indique cual \_\_\_\_\_

3.2 Ejerce como empleado, director, gerente o administrador de instituciones financieras? SI  NO

En caso afirmativo, indique cual \_\_\_\_\_

3.3 Ejerce como empleado, director, gerente o administrador de compañías de seguros o de capitalización? SI  NO

En caso afirmativo, indique cual \_\_\_\_\_

4. Tiene relación comercial con la Equidad Seguros O.C. como intermediario de seguros, adicional a la solicitada en este formulario? SI  NO

En caso afirmativo, indique cual \_\_\_\_\_

\* Se entiende como una sociedad de comercio aquella que ejerza actividades mercantiles de manera profesional y se encuentre debidamente registrada ante la cámara de comercio.

**Declaro que conozco el régimen inhabilidades e incompatibilidades aplicable a los agentes y/o agencias colocadoras de seguros y en caso de incurrir en alguna de ellas, notificaré a La Equidad Seguros O.C. para su respectivo estudio.**

## 5. REFERENCIA COMERCIAL (Si es Proveedor) O REFERENCIA DE COMPAÑÍA DE SEGUROS (Si es Agente/Agencia-Corredor)

ENTIDAD	NOMBRE DEL CONTACTO

## 6. REFERENCIAS BANCARIAS

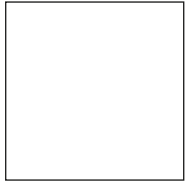
ENTIDAD	NOMBRE DEL CONTACTO

## 7. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a 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. Autorizo a La Equidad Seguros O.C., para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las Centrales de Datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en todas sus partes.
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. Para transferencias electrónicas de dineros, me obligo a diligenciar el formato TES-FO-0010 "Autorización de transferencias electrónicas", el cual será suministrado por La Equidad Seguros.

## 8. 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 PRESENTE DOCUMENTO



Huella Dactilar

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE (o Representante Legal)

## 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Consulte todos los documentos que se requieren para vinculación y/o renovación en la dirección <http://www.laequidadseguros.coop/la-equidad/gobierno-corporativo/sistema-de-administracion-de-riesgos>.

### 10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la Entrevista: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre del Intermediario: \_\_\_\_\_  
 Nombre Dir. Intermediario: \_\_\_\_\_  
 Número de Documento: \_\_\_\_\_  
 Resultados de la Entrevista: APROBADO  RECHAZADO   
 Firma: \_\_\_\_\_

### 11. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Nombre y Cargo de Quien Verifica: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Número de Documento: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 12. CALIFICACIÓN PARA INTERMEDIARIOS

Analista Riesgo de Mercado, Liquidez y C.	Gerente Canal Tradicional Intermediarios	Gerencia de Canales	Vicepresidencia Comercial/Seguros
Nombre: Fecha aprobación y/o revisión:	Nombre: Fecha aprobación y/o revisión:	Nombre: Fecha aprobación y/o revisión:	Nombre: Fecha aprobación y/o revisión:
Firma C.C.	Firma C.C.	Firma C.C.	Firma C.C.
*Según resultados análisis GRG-058			
Calificación y Observaciones:	Calificación y Observaciones:	Calificación y Observaciones:	Calificación y Observaciones:

## 13. CALIFICACIÓN OTROS PROVEEDORES

Analista Riesgo de Mercado, Liquidez y Crédito	Secretario Comité de Compras
Nombre: Fecha aprobación y/o revisión:	Nombre: Fecha aprobación y/o revisión:      Acta No.:
Firma C.C.	Firma C.C.
*Según resultados análisis GRG-058	APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>
Calificación y Observaciones:	Observaciones:

