

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

**CLASE DE VINCULACIÓN:** Proveedor

**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: \_\_\_\_\_

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

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

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

PATRIMONIO (Activos-PasivosPesos) \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ CIU (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-PasivosPesos) \_\_\_\_\_ OTROS INGRESOS (Pesos) \_\_\_\_\_

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

**3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

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

¿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. REFERENCIA COMERCIAL

ENTIDAD	NOMBRE DEL CONTACTO	TELÉFONO

#### 5. REFERENCIAS BANCARIAS

ENTIDAD	NOMBRE DEL CONTACTO	TELÉFONO

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

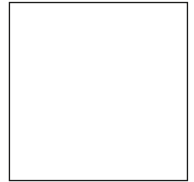
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el 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.

#### 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 PRESENTE DOCUMENTO

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE (o Representante Legal)



Huella Dactilar

#### 8. 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>.

#### 9. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Área responsable: \_\_\_\_\_

Nombre del colaborador: \_\_\_\_\_

Número de documento: \_\_\_\_\_

Resultados de la entrevista: APROBADO  RECHAZADO

Firma: \_\_\_\_\_

#### 10. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de verificación: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre y cargo de quien verifica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de documento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 11. CALIFICACIÓN OTROS PROVEEDORES

Coordinador Riesgos Financieros o Coordinador SEARS	Secretario Comité de Compras
Nombre: Fecha aprobación y/o revisión:  Firma C.C.	¿El tercero se presentó a Comité de Compras? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre: Fecha aprobación y/o revisión:  Firma C.C. APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>
Calificación y Observaciones:	Observaciones: