

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL O JURÍDICA

INGRESO MENSUAL \$ 10.835.000 OTROS INGRESOS MENSUALES \$ TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ 10.835.000 TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ 4.000.000
 TOTAL ACTIVOS \$ 780.000.000 TOTAL PASIVOS \$ 200.000.000

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS

RÉGIMEN GRAN CONTRIBUYENTE AUTORETENEDOR RESPONSABLE RENTA ICA COD. ACTIVIDAD RETEICA
 COMÚN SI NO SI NO SI NO
 SIMPLIFICADO RESOLUCIÓN No. RESOLUCIÓN No. POR QUÉ? TARIFA ICA

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA ? SI NO
 IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA PAGO DE SERVICIOS
 OTRO DETALLE:

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EFECTUADAS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLA	INDEN
				RE	NO

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Contador
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda; Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora, para revocar y/o rescindir unilateralmente del contrato.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Autorizo a la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda., Entidad Cooperativa, para que con los fines de administración de riesgos, de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes, y evitar el pago fraudulento de una indemnización; consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, y en particular al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude INIF LTDA a su base de datos y su administración, la información y los datos personales derivados y conocidos por la presente relación contractual de seguro o de cualquier otro vínculo que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorguen en el futuro con ocasión del desarrollo del presente contrato, incluyendo las actividades adelantadas por la compañía o por un tercero autorizado por ella, en la indagación del estado del riesgo y de las circunstancias de tiempo, modo y lugar del siniestro reportado, así como sobre novedades, referencias, manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, donde el Tomador, Asegurado, beneficiario declaran conocer y aceptar en todas sus partes. Así mismo autorizo de manera irrevocable a Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda, Entidad Cooperativa, a solicitar a cualquier persona, institución o autoridad, información sobre mis referencias personales, comerciales y financieras, mis hábitos y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la Compañía sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en este formato único de conocimiento del cliente, así como para evaluar la aceptación del mismo. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

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 a los 08 de mayo del mes de mayo del año 2017, en la ciudad de Bogotá

NOMBRE

FIRMA C.C.

PARA PERSONA JURÍDICA, ESCRIBA EL NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA FECHA HORA
 NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA
 CARGO
 RESULTADO DE LA ENTREVISTA

En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

CARGO

USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA (SOLO APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE CONFIRMA
 CARGO DEL FUNCIONARIO AGENCIA / ÁREA
 OBSERVACIONES
 FIRMA DEL FUNCIONARIO