

SOLICITUD VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES



NIT. 860.524.654-6

INTERMEDIARIOS PROVEEDORES

LAS PARTES SOMBREADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

FECHA DE SOLICITUD			AGENCIA/AREA/DEPENDENCIA DE ASEGURADORA SOLIDARIA				CLAVE INTERMEDIARIO			TIPO		
DÍA	MES	AÑO								AGENTE	CORREDOR	AGENCIA
										<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DATOS PERSONA NATURAL																	
TIPO DE DOCUMENTO	CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> No. _____				LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN			DÍA	MES	AÑO					
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE					
DIRECCIÓN DOMICILIO				TELÉFONO DOMICILIO				CIUDAD/ MUNICIPIO				DPTO					
CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO CELULAR			HORA CONTACTO			OTRO TELEFONO FIJO O FAX			NACIONALIDAD				
FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO				SEXO	M <input type="radio"/>	F <input type="radio"/>	ESTADO CIVIL	SOLTERO <input type="radio"/>	CASADO <input type="radio"/>	VIUDO <input type="radio"/>	SEPARADO <input type="radio"/>	DIVORCIADO <input type="radio"/>	UNIÓN LIBRE <input type="radio"/>
ACTIVIDAD ECONÓMICA	ASALARIADO <input type="radio"/>	ESTUDIANTE <input type="radio"/>	SOCIO <input type="radio"/>	PENSIONADO <input type="radio"/>	RENTISTA <input type="radio"/>	JUBILADO <input type="radio"/>	OTROS <input type="radio"/>	DETALLE:							CÓDIGO CIU		
MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CORRESPONDA POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:				MANEJA RECURSOS PÚBLICOS			¿TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?			¿EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?			CÓDIGO PEPs				
				SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>							

DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA															
RAZÓN SOCIAL						NIT				CORREO ELECTRÓNICO					
TIPO DE EMPRESA	PRIVADA <input type="radio"/>	MIXTA <input type="radio"/>	PÚBLICA <input type="radio"/>	SECTOR SOLIDARIO <input type="radio"/>	TIPO DE SOCIEDAD			ANÓNIMA <input type="radio"/>	LIMITADA <input type="radio"/>	MIXTA <input type="radio"/>	EXTRANJERA <input type="radio"/>	PÚBLICA <input type="radio"/>	COOPERATIVA <input type="radio"/>	UNIPERSONAL <input type="radio"/>	SAS <input type="radio"/>
ACTIVIDAD ECONÓMICA	INDUSTRIAL <input type="radio"/>	COMERCIAL <input type="radio"/>	TRANSPORTE <input type="radio"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="radio"/>	AGRÍCOLA <input type="radio"/>	CIVIL <input type="radio"/>	SERVI. FINANCIEROS <input type="radio"/>	OTRO? <input type="radio"/>	DETALLE:					CÓDIGO CIU	
DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL				TELÉFONO/ FAX			HORA CONTACTO			CIUDAD/ MUNICIPIO			DPTO		
DIRECCIÓN SUCURSAL				TELÉFONO/ FAX			HORA CONTACTO			CIUDAD/ MUNICIPIO			DPTO		
PERSONA DE CONTACTO				TELÉFONO CELULAR				TELÉFONO CELULAR							

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL														
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DE DOCUMENTO	CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> No. _____				LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN			DÍA	MES	AÑO		
DIRECCIÓN DOMICILIO				TELÉFONO DOMICILIO				CIUDAD/ MUNICIPIO				DPTO		
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)														
No.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD / NIT				RAZÓN SOCIAL Ó NOMBRE COMPLETO (APELLIDOS Y NOMBRES)									
1.														
2.														
3.														

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL O JURÍDICA														
INGRESO MENSUAL				OTROS INGRESOS MENSUALES				TOTAL INGRESOS MENSUALES				TOTAL EGRESOS MENSUALES		
TOTAL ACTIVOS							TOTAL PASIVOS							
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS														

CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS												
RÉGIMEN COMÚN <input type="radio"/>	GRAN CONTRIBUYENTE		AUTORETENEDOR		RESPONSABLE IMPUESTO DE RENTA			ICA		TARIFA ICA	RETEICA	
	SI <input type="radio"/>	Resolución No. _____	SI <input type="radio"/>	Resolución No. _____	SI <input type="radio"/>	Resolución No. _____	Porqué? _____	SI <input type="radio"/>	COD. ACTIVIDAD		SI <input type="radio"/>	
SIMPLIFICADO <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>		NO <input type="radio"/>		NO <input type="radio"/>			NO <input type="radio"/>			NO <input type="radio"/>	

CLASE DE CONTRATO, CONVENIO O PRESTACIÓN DE SERVICIO QUE SOLICITA O POSEE ACTUALMENTE CON ASEGURADORA SOLIDARIA (Solo aplica para proveedores)												
SUMINISTROS				MANTENIMIENTO								
<input type="radio"/> PAPELERÍA.	<input type="radio"/> ÚTILES DE OFICINA.	<input type="radio"/> ELEMENTOS DE OFICINA.	<input type="radio"/> CAFETERÍA.	<input type="radio"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS Y DE COMPUTO.	<input type="radio"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS.	<input type="radio"/> INSTALACIONES FÍSICAS.	<input type="radio"/> REDES.	<input type="radio"/> SOFTWARE.	<input type="radio"/> EQUIPOS DE COMPUTO.	COMERCIAL	CUAL ? _____	
										ASESORÍAS	CUAL ? _____	
										OUTSOURCING	CUAL ? _____	
										SALUD	CUAL ? _____	
										OTROS	CUAL ? _____	

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACION POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). La presente solicitud no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar lo relacionada en la misma, por lo tanto el recibo de esta solicitud no genera ningún tipo de contrato, obligación o responsabilidad por parte de la misma. Esta solicitud se realiza ÚNICAMENTE Para que se efectúe estudio de ingreso como proveedor o intermediario, su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de contratación de proveedores e intermediarios.

DATOS CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA ACH

Con el fin de ofrecer un mejor servicio a nuestros proveedores e intermediarios, en el momento de realizar el pago de sus facturas y/o comisiones, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ha suscrito convenios con las entidades bancarias, el cual tiene como finalidad abonar a la cuenta que el proveedor/intermediario nos indique el valor facturado utilizando para ello el sistema ACH. Recuerde que las operaciones realizadas con el BANCO DE BOGOTÁ S.A. no tendrán costo. Operaciones con otros bancos tienen un costo de \$3.500, valor asumido por el intermediario y/o proveedor. Para acceder a este servicio, se deben diligenciar los siguientes datos.

ENTIDAD BANCARIA		SUCURSAL		CIUDAD	
TIPO DE CUENTA	CORRIENTE <input type="radio"/> AHORROS <input type="radio"/>	CUENTA NO.		NOMBRE DE LA CUENTA	

NOTA (SOLO APLICA PARA INTERMEDIARIOS)

- Acepto que la transferencia electrónica se realice únicamente previa presentación de las facturas y/o cuentas de cobro en las fechas establecidas por Aseguradora Solidaria de Colombia LTDA., Entidad Cooperativa.
- Autorizo a Aseguradora Solidaria de Colombia LTDA., Entidad Cooperativa utilizar la información contenida en este documento para girar a mi favor las comisiones por concepto de intermediario de seguros de la Compañía. Así mismo me comprometo a comunicar cualquier cambio de información.
- Xonero a Aseguradora Solidaria de Colombia., Entidad Cooperativa de toda responsabilidad por consignaciones efectuadas o dineros depositados con base en los datos aquí registrados.
- Autorizo de forma voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA para que envíe mensajes de texto gratuitos relativos a promociones, eventos, o cualquier otra información relacionada con dicha entidad, a la línea celular registrada en esta solicitud, la cual es de mi uso y/o propiedad.
- Declaro que SI NO he laborado en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA.
- Declaro que SI NO tengo familiares funcionarios en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. En caso afirmativo indique el nombre del funcionario _____
- Declaro que SI NO tengo clave de intermediación con otras Compañías de seguros. En caso afirmativo indique cuáles: _____

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA?	IMPORTACIONES <input type="radio"/>	EXPORTACIONES <input type="radio"/>	INVERSIONES <input type="radio"/>	TRANSFERENCIAS <input type="radio"/>		
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	PRÉSTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA <input type="radio"/>	PAGO DE SERVICIOS <input type="radio"/>	OTRO <input type="radio"/>	DETALLE:		
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

REFERENCIAS FINANCIERAS

ENTIDAD		CUENTA CORRIENTE <input type="radio"/> CUENTA AHORROS <input type="radio"/>	CUENTA NO. _____	DIRECCIÓN SUCURSAL		TELÉFONO(S)	
----------------	--	---	-------------------------	---------------------------	--	--------------------	--

REFERENCIAS COMERCIALES

ENTIDAD		DIRECCIÓN		TELÉFONO(S)	
----------------	--	------------------	--	--------------------	--

REFERENCIAS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES		DIRECCIÓN		TELÉFONO(S)	
APELLIDOS Y NOMBRES		DIRECCIÓN		TELÉFONO(S)	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): _____
- 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 ésta solicitud 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.
- 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 consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a la 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 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 riesgo moral. 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 negocios, 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 ésta solicitud, así como para evaluar la aceptación de la misma.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

ACTA DE COMPROMISO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SOLO APLICA PARA INTERMEDIARIOS)

Considerando la obligación legal que corresponde a todas las personas vinculadas con la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, para aplicar el SARLAFT (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo), y el PROGRAMA ANTIFRAUDE, con base en el Código de Conducta, los Manuales de procedimientos, así como las normas establecidas en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera, me comprometo como Intermediario a dar cumplimiento con las mencionadas normas, las cuales me fueron explicadas mediante la capacitación recibida por parte de la Gerencia Oficial de Cumplimiento de la Aseguradora. Además como intermediario, me comprometo a reportar al Gerente de la agencia, las operaciones inusuales o sospechosas y posibles eventos de fraude que detecte junto con las pruebas suficientes.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado para la vinculación como Proveedor o Intermediario es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días de mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

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

FIRMA Y CC

HUELLA ÍNDICE DERECHO

INFORMACIÓN ENTREVISTA (Solo aplica para solicitud de clave como intermediario o vinculación inicial como proveedor)

LUGAR DE ENTREVISTA		FECHA DE ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA	CARGO	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA								
RESULTADO DE LA ENTREVISTA								FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA