

# SOLICITUD DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES PERSONA NATURAL



NIT. 860.524.654-6

INTERMEDIARIOS     PROVEEDORES     ACTUALIZACIÓN     VINCULACIÓN

**LOS CAMPOS CON ASTERISCO ( \* ) SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA**

|                          |     |     |     |   |                           |
|--------------------------|-----|-----|-----|---|---------------------------|
| FECHA DE SOLICITUD ( * ) | DÍA | MES | AÑO | AGENCIA / ÁREA / DEPENDENCIA DE ASEGURADORA SOLIDARIA ( * ) | CLAVE INTERMEDIARIO ( * ) |
|--------------------------|-----|-----|-----|---|---------------------------|

### DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL

|   |  |                     |                  |                     |  |               |  |   |                |  |  |
|---|--|---------------------|------------------|---------------------|--|---------------|--|---|----------------|--|--|
| TIPO DE DOCUMENTO<br>CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No.   |  | LUGAR DE EXPEDICIÓN |                  | FECHA DE EXPEDICIÓN |  | DÍA           |  | MES   |                | AÑO  |  |
| PRIMER APELLIDO   |  |                     | SEGUNDO APELLIDO |                     |  | PRIMER NOMBRE |  |   | SEGUNDO NOMBRE |  |  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO   |  |                     |                  | TELÉFONO DOMICILIO  |  |               |  | CIUDAD/MUNICIPIO  |                | DEPARTAMENTO   |  |
| CORREO ELECTRÓNICO  |  |                     |                  | TELÉFONO CELULAR    |  |               |  | TELÉFONO DOMICILIO<br><small>Opcional</small>                 |                | NACIONALIDAD   |  |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO   |  | DÍA                 |                  | MES                 |  | AÑO           |  | SEXO<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |                | ESTADO CIVIL<br>SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> |  |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA<br>ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/> |  |                     |                  |                     |  |               |  |   |                | CÓDIGO ( * ) CIU   |  |

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

**MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):**

¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta? SI  NO  ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI  NO  ¿Es Usted una PEP Extranjero? SI  NO

¿Es Usted Familiar de una PEP? SI  NO

En caso de diligenciar Si, por favor detalle sus relacionados:

|                           |                       |                          |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Número de documento _____ | Nombre Completo _____ | Vínculo con la PEP _____ |
| Número de documento _____ | Nombre Completo _____ | Vínculo con la PEP _____ |
| Número de documento _____ | Nombre Completo _____ | Vínculo con la PEP _____ |

**Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP):** I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicione. II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos. *Vínculo / Relación: I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).*

### INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL

|                             |                                      |                                      |                                     |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| INGRESO MENSUAL<br>\$ _____ | OTROS INGRESOS MENSUALES<br>\$ _____ | TOTAL INGRESOS MENSUALES<br>\$ _____ | TOTAL EGRESOS MENSUALES<br>\$ _____ |
| TOTAL ACTIVOS<br>\$ _____   |                                      | TOTAL PASIVOS<br>\$ _____            |                                     |

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

### CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS

|  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
| RÉGIMEN<br>COMÚN <input type="checkbox"/><br>SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/> | GRAN CONTRIBUYENTE<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>RESOLUCIÓN No. _____ | AUTORETENEDOR<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>RESOLUCIÓN No. _____ | RESPONSABLE RENTA<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>RESOLUCIÓN No. _____<br>POR QUÉ? _____ | ICA COD. ACTIVIDAD<br>TARIFA ICA _____ | RETEICA<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|--|--|--|

EPS: \_\_\_\_\_ ARL: \_\_\_\_\_ PENSIÓN: \_\_\_\_\_

### BIENES O SERVICIOS QUE OFRECE A ASEGURADORA SOLIDARIA (SOLO APLICA PARA PROVEEDORES)

|   |   |                                     |                         |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> PAPELERÍA.                         | <input type="checkbox"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS.    | <input type="checkbox"/> MOBILIARIO | COMERCIAL CUÁL? _____   |
| <input type="checkbox"/> ÚTILES DE OFICINA.                 | <input type="checkbox"/> INSTALACIONES FÍSICAS.   |                                     | ASESORÍAS CUÁL? _____   |
| <input type="checkbox"/> ELEMENTOS DE OFICINA.              | <input type="checkbox"/> REDES.                   |                                     | OUTSOURCING CUÁL? _____ |
| <input type="checkbox"/> CAFETERÍA.                         | <input type="checkbox"/> SOFTWARE.                |                                     | SALUD CUÁL? _____       |
| <input type="checkbox"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS Y DE CÓMPUTO. | <input type="checkbox"/> INSTALACIONES ELÉCTRICAS |                                     | OTRO CUÁL? _____        |

Declaro que SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ tengo familiares funcionarios en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA. En caso afirmativo indique el nombre del funcionario \_\_\_\_\_

### DATOS CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA ACH

Con el fin de mantener las mejores relaciones comerciales con nuestros Proveedores e Intermediarios y mejorar nuestros servicios 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. Para acceder a este servicio, se deben diligenciar los siguientes datos:

|   |                  |                      |
|---|------------------|----------------------|
| ENTIDAD BANCARIA  | SUCURSAL         | CIUDAD               |
| TIPO DE CUENTA<br>CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> | CUENTA No: _____ | TITULAR DE LA CUENTA |
|   |                  | CORREO ELECTRÓNICO   |

### 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, Entidad Cooperativa.
- Autorizo a Aseguradora Solidaria de Colombia 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.
- Exonero 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, ENTIDAD COOPERATIVA.
- Declaro que SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ tengo familiares funcionarios en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA. 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: \_\_\_\_\_

### ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

|   |   |
|---|---|
| REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   | ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> |   |
| OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____  |   |

| TIPO DE PRODUCTO | IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO | CIUDAD | PAIS | MONEDA |
|------------------|-----------------------------|---------|-------|--------|------|--------|
|------------------|-----------------------------|---------|-------|--------|------|--------|

### REFERENCIAS FINANCIERAS

|         |  |                    |             |
|---------|--|--------------------|-------------|
| ENTIDAD | CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> | DIRECCIÓN SUCURSAL | TELÉFONO(S) |
|---------|--|--------------------|-------------|

### REFERENCIAS COMERCIALES

|                 |           |             |
|-----------------|-----------|-------------|
| ESTABLECIMIENTO | DIRECCIÓN | TELÉFONO(S) |
|-----------------|-----------|-------------|

### REFERENCIAS PERSONALES

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

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

### AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y GESTIÓN DEL CONTRATO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero, comercial, gestionar la cartera vencida y tratar los datos para desarrollar las actividades propias del contrato.

**TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). La presente solicitud no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar lo relacionada en 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.**

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - SOLICITUD VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES FM-GCLL-10 16/06/2021 V.7

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

1. 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.
2. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
3. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
6. Origen de ingresos: de mi Actividad económica  Otros:  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o alguien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para: Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. SI  NO

b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI  NO

c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se cumpla con las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI  NO

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD**

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el Intermediario y/o Proveedor cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el Intermediario o Proveedor, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al titular, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el titular;
3. Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del titular.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Intermediario o Proveedor de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Intermediario o Proveedor y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato.
4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los titulares.

**ACEPTACIÓN DE USO DE FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL**

Convengo con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, si realizo operaciones electrónicas referentes a los contratos con los que me encuentro vinculado, o autorizo o genero cualquier comunicación, documento, orden u otra actuación con mi firma electrónica o digital, cada documento que genere, operación que realice, firme, valide, ordene o autorice, será vinculante y que la firma electrónica o digital, sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma física y reconozco que tales actuaciones, documentos, órdenes u operaciones, tienen todos los efectos jurídicos.

Autorizo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad. Hago constar que fui informado que la captura de la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y recuperada cada vez que realice o autorice una transacción, genere un documento u orden. Reconozco como efectivamente realizadas de manera personal o bajo mi control y responsabilidad cualquier documento u orden que aparezca con mi firma electrónica o digital capturada y almacenada por la Aseguradora.

Se conviene igualmente que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e intransferible por lo cual me obligo a:

- 1) mantener el control y la custodia de ella y de los actos de creación de la firma;
- 2) actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de esta y de mis datos de creación, asumiendo las consecuencias de cualquier falla;
- 3) informar cualquier situación anormal que se presente;
- 4) utilizar la firma únicamente para los usos y conforme a las condiciones convenidas con la Aseguradora;
- 5) a solicitar la revocación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firmas o las operaciones.

Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme u ordene según el caso, mientras tenga la calidad de Intermediario o Proveedor de la Aseguradora.

**ACTA DE COMPROMISO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, PROGRAMA ANTIFRAUDE Y PROGRAMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE DATOS PERSONALES (SOLO APLICA PARA INTERMEDIARIOS)**

Me comprometo a cumplir con el Código de Ética y Conducta, los Manuales, Procedimientos de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y las normas establecidas por la Superintendencia Financiera de Colombia en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control. Me obligo a informar cualquier evento que represente un riesgo para la Aseguradora, entendiéndose como operaciones inusuales o sospechosas, eventos de fraude, incidentes de seguridad asociados a datos personales o aquellas otras acciones que generen afectación a la Aseguradora.

**CLÁUSULA SG-SST (Aplica sólo para contratistas que ejecuten labores en sitio)**

Certifico que recibí y entendí el Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas de Aseguradora Solidaria de Colombia y me comprometo a cumplir y asegurar su cumplimiento por parte de todos los colaboradores de mi empresa y subcontratistas, que prestan servicios para la Compañía.

**FIRMA Y HUELLA**

**NOTA:** 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, firmo el presente documento a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
C.C.

\_\_\_\_\_  
HUELLA INDICE DERECHO

\_\_\_\_\_  
OBSERVACIÓN HUELLA

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

LUGAR DE ENTREVISTA ( \* ) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA ( \* ) \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LA ENTREVISTA ( \* ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA ( \* )