

**INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL O JURÍDICA**

INGRESO MENSUAL \$ <b>40.333.000=</b>	OTROS INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ <b>40.333.000=</b>	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ <b>32.000.000</b>
TOTAL ACTIVOS \$ <b>1.353.750.000</b>	TOTAL PASIVOS \$ <b>200</b>		
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS			

**CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS**

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

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

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

**INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EFECTUADAS**

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLA.	INDEM.
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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): **Contrato**
- 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 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 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 **Veintidós** días del mes de **Julio** del año **2012** en la ciudad de **Medellín**

NOMBRE	FIRMA	HUELLA INDICE DERECHO
	<b>29475396</b>	
PARA PERSONA JURÍDICA, ESCRIBA EL NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL		

**INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

LUGAR DE ENTREVISTA	FECHA	HORA
<b>Medellín</b>	<b>23/07/12</b>	<b>4:00</b>
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA		
<b>M. H. L. M. 2012</b>		
CARGO		
<b>12-6811</b>		
RESULTADO DE LA ENTREVISTA		

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA	FIRMA DEL INTERMEDIARIO
<b>12-6811</b>	<b>12-6811</b>
CARGO	CARGO

**USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA (SOLO APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

**CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

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