

TIPO DE PROVEEDOR		Natural <input checked="" type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Fecha diligenciamiento</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">10</td> <td style="width: 33%;">01</td> <td style="width: 33%;">2023</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>		Fecha diligenciamiento			10	01	2023	DÍA	MES	AÑO
Fecha diligenciamiento														
10	01	2023												
DÍA	MES	AÑO												

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		Angela Mercedes Parra Suárez		N°. Identificación		52.823.242	
Tipo de identificación	CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>	Fecha de expedición		01/08/1997		Expedida en	
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Bogotá		Nacionalidad	
Año	1979	Mes	01	Día	27	Colombiana	
Dirección Residencia		País - Dpto. - Ciudad		Teléfono casa		Celular	
Cll 92 Bis Sur No 14 i 44		Colombia		6564949		3046765797	

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Socio <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>
Código de Actividad "CIIU"		E-Mail			
6920		angelamparrasuarez@hotmail.com			
¿Actualmente está laborando? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					
Ocupación / Profesión		Nombre Empresa donde Trabaja		Cargo que Desempeña	
Contadora Pública					
Dirección Empresa		Ciudad		Teléfono	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Actualmente es una persona políticamente expuesta Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Si su respuesta fue afirmativa por favor indique la fecha de vinculación al cargo			
Durante los últimos 2 años ha sido considerado como una persona políticamente expuesta Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Si su respuesta fue afirmativa por favor indique el cargo y la fecha de retiro			
¿Tiene usted algún vínculo familiar con una Persona Pública o Políticamente Expuesta? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					
Si su respuesta fue afirmativa suministre la siguiente información					
Padre <input type="checkbox"/>	Hijo <input type="checkbox"/>	Hermano <input type="checkbox"/>	Nieto <input type="checkbox"/>	Abuelo <input type="checkbox"/>	Suegro <input type="checkbox"/> Yerno <input type="checkbox"/> Cuñado <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/>
Nombre Completo		Número de identificación			
Nombre Completo		Número de identificación			
Nombre Completo		Número de identificación			

PERSONA JURÍDICA

Razón social		NIT	
Dirección oficina principal		Fax	
Ciudad		Teléfono	
¿Cuenta con una sucursal o agencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dirección sucursal o agencia		Fax	
País - Dpto. - Ciudad		Teléfono	
Tipo de empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Inversión extranjera <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál			
Código de actividad CIIU		E-mail	

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

¿Cuenta con accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5 % del capital social, aporte o participación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Esta información será de la Compañía para personas jurídicas)

Total activos	16.800.000	Total pasivo	400.000
Ingresos Mensuales	3.500.000	Otros Ingresos \$	0
Egresos Mensuales	1.600.000	Otros Egresos \$	0
		Concepto (Otros Ingresos)	0
		Concepto (Otros Egresos)	0

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Tipo de Transacción: Importación <input type="checkbox"/> Exportación <input type="checkbox"/>	
Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Trasferencias <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Cuál?	

Tipo de Producto	Identificación o Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y RIQUEZA Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACIÓN

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)

2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, 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 o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT.

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por Positiva Compañía de Seguros.

4. Autorizo a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato.

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. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Si en el desarrollo del objeto contractual la CONTRATANTE recolecta o recibe datos personales de la CONTRATISTA, se entenderá que la CONTRATISTA, en calidad de titular del dato personal autoriza de manera previa, expresa e informada para que transfieran, transmitan, trasladen, compartan, almacenen, revelen o utilicen la información personal para el cumplimiento del contrato.

La CONTRATISTA ha sido informada de que la CONTRATANTE cuenta con (a) una Política de Tratamiento de la Información, (b) un responsable encargado de atender todas las consultas y reclamos relacionados la protección de los datos personales que se dirijan al correo electrónico servicioalcliente@positiva.gov.co

La CONTRATISTA declara que ha sido informada que, en calidad de titular, tiene el derecho de acceder, conocer, modificar, actualizar, o rectificar los datos personales de las bases de datos administradas por el CONTRATANTE.

La CONTRATISTA otorga su autorización libre, expresa, previa e informada al CONTRATANTE para tratar sus datos sensibles, habiendo sido informado del carácter facultativo que implica la revelación de ese tipo de datos personales. La CONTRATANTE podrá transmitir o transferir, dentro o fuera del territorio colombiano, los datos personales recolectados en virtud del presente contrato, sin que para ello sea necesario obtener nuevamente la autorización de la CONTRATISTA.


9. FIRMA

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 siguiente documento:


Angela Mercedes Parra Suárez
Angela Mercedes Parra Suárez (10 ene. 2023 13:12 EST)

Firma proveedor o Representante Legal

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista	Casa Matriz, Bogotá		
	DÍA	MES	AÑO
Fecha de la entrevista	10/01/2023		Hora 14:17
Nombre funcionario que realiza la entrevista			
María Carolina Guáqueta Corredor			
Firma funcionario que realiza la entrevista			
			
Resultado de la Entrevista			
Completa			
La entrevista la realiza el funcionarios del área que supervisará el contrato			

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación	DÍA	MES	AÑO	Hora
	10/01/2023			14:07
Nombre y Cargo de quien verifica				
Jose				
Pedraza				
Firma				
				
Resultado de la Verificación				
Completa				
La verificación se encuentra a cargo del superior jerárquico de quién realiza la entrevista				

Aprobó: Junta Directiva
Revisó: Alexander Ruíz Ceballos - Oficial de Cumplimiento
Elaboró: Luisa Viviana Pérez Gómez- Profesional Especializado

Código: EST_3_3_1_FR02
Versión: 2
Clasificación: Pública clasificada

SARLAFT Clientes Proveedor

Informe de auditoría final

2023-01-10

Fecha de creación:	2023-01-10 (hora estándar de Colombia)
Por:	María Carolina Guáqueta Corredor (maria.guaqueta@positiva.gov.co)
Estado:	Firmado
ID de transacción:	CBJCHBCAABAAuOLMauHZFUbHW_v9o4gklgCTca9gpdKF

Historial de “SARLAFT Clientes Proveedor”

-  María Carolina Guáqueta Corredor (maria.guaqueta@positiva.gov.co) ha creado el documento.
2023-01-10 - 9:57:00 EST- Dirección IP: 190.26.216.120.
-  El documento se ha enviado por correo electrónico a angelamparrasuarz@hotmail.com para su firma.
2023-01-10 - 9:57:30 EST
-  angelamparrasuarz@hotmail.com ha visualizado el correo electrónico.
2023-01-10 - 10:48:15 EST- Dirección IP: 201.244.51.34.
-  El firmante angelamparrasuarz@hotmail.com firmó con el nombre de Angela Mercedes Parra Suárez
2023-01-10 - 13:12:20 EST- Dirección IP: 179.51.119.50.
-  Angela Mercedes Parra Suárez (angelamparrasuarz@hotmail.com) ha firmado electrónicamente el documento.
Fecha de firma: 2023-01-10 - 13:12:22 EST. Origen de hora: servidor.- Dirección IP: 179.51.119.50.
-  El documento se ha enviado por correo electrónico a María Carolina Guáqueta Corredor (maria.guaqueta@positiva.gov.co) para su firma.
2023-01-10 - 13:12:24 EST
-  María Carolina Guáqueta Corredor (maria.guaqueta@positiva.gov.co) ha firmado electrónicamente el documento.
Fecha de firma: 2023-01-10 - 14:17:37 EST. Origen de hora: servidor.- Dirección IP: 190.26.216.120.
-  El documento se ha enviado por correo electrónico a jose.pedraza@positiva.gov.co para su firma.
2023-01-10 - 14:17:38 EST
-  jose.pedraza@positiva.gov.co ha visualizado el correo electrónico.
2023-01-10 - 14:26:46 EST- Dirección IP: 190.26.216.120.
-  El firmante jose.pedraza@positiva.gov.co firmó con el nombre de Jose Luis Pedraza
2023-01-10 - 14:28:00 EST- Dirección IP: 190.26.216.120.



Jose Luis Pedraza (jose.pedraza@positiva.gov.co) ha firmado electrónicamente el documento.

Fecha de firma: 2023-01-10 - 14:28:02 EST. Origen de hora: servidor.- Dirección IP: 190.26.216.120.



Documento completado.

2023-01-10 - 14:28:02 EST