

Registro de Proponentes

Personas Naturales

Indique con una X el área a la cual van dirigidos sus servicios:

- Dirección Administrativa
- Dirección Técnica
- Dirección Comercial
- Dirección de Recursos Humanos
- Otros, Cual _____

Persona Contacto Colserauto _____

Ciudad _____

Fecha _____

4. Lista de Proveedores *(Cuando existan o cuando aplique)*

Nombres	Teléfonos	Persona a contactar - cargo	Ciudad
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

5. Principales Clientes *(Dar prioridad a compañías de seguro)*

Cliente	Ciudad	Telefono	Contacto
1			
2			
3			

Información sobre si tiene vínculos familiares con funcionarios de COLSEGUROS

Afinidad	Nombre funcionario COLSEGUROS

6. Seguros

Tipo de Seguros	Tiene Actualmente?	Compañía de Seguros	Intermediarios	Vr. Asegurado
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

7. Documentos que se requieren para la inscripción

1. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía
2. Fotocopia de la tarjeta profesional
3. Fotocopia Modelo de su Factura
4. Estados Financieros completos de los últimos 3 años en caso de no poseer copia de las 3 última declaración de renta (si declara)
5. Firma del anexo del Código de Conducta - Margen de Tolerancia Cero
6. Formato de autorización de pagos por transferencia.
7. Copia de certificado de inscripción rut
8. Matricula Mercantil

El procedimiento de inscripción se basa en la veracidad de la información precedente. Por lo tanto, si se llegare a comprobar falsedad en la misma, no será tenida en cuenta. El firmante acepta que la inscripción a este registro es un requisito que no genera obligación por parte de COLSEGUROS para contratar. Igualmente, que debido a la gran cantidad de fuentes de las cuales DUE DILIGENCE debe depender y sobre las cuales no ejerce control, el firmante acepta que la obligación de DUE DILIGENCE y sus representados es de medio y no de resultado, que en la recopilación, procesamiento y entrega de la información estos se comprometen en realizar los esfuerzos considerados adecuados para este propósito, pero que no pueden garantizar ni garantizan la cantidad ni exactitud de la información resultante. Por lo tanto, ni DUE DILIGENCE ni sus representados serán responsables de pérdida o daño alguno causado total o parcialmente por la obtención, recopilación, procesamiento, comunicación o entrega de la información

Agradecemos el envío de cualquier otra información que no haya sido incluida en este formulario, que refleje sus capacidades.

DECLARACIÓN DE ACTIVIDAD, ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ORIGEN DE FONDOS

“Declaro que tanto mis actividades como mi profesión u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales, y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano. De otra parte, me obligo a entregar información veraz y verificable, y a actualizarla cuando varíe” Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la C.E. 007/96 expedida por la Superintendencia Bancaria, artículos 102 a 105 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Dec. 663/93), Ley 190/95 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes para las TRANSACCIONES CON PROVEEDORES. Realizo la siguiente declaración de origen de fondos a COLSEGUROS.

1. Los BIENES O SERVICIOS que entregué provienen de las siguientes fuentes:

2. Declaro que los BIENES O SERVICIOS que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione.


3. No admitiré que terceros constituyan Bienes o Servicios a mi nombre con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones similares a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera permanente e irrevocable a CIA. COLOMBIANA DE INVERSION COLSEGUROS S.A., ASEGURADO-RA COLSEGUROS S.A., ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A., CEDULAS COLON DE CAPITALIZACION COLSEGUROS S.A., ADMINISTRADORA DE INVERSION COLSEGUROS S.A., MEDISALUD CIA. COLOMBIANA DE MEDICINA PREPAGADA S.A. o a quien presente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial a las centrales de riesgo o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

Declaro que los datos e información suministrada en el presente documento, así como en sus anexos, corresponden a la realidad y autorizo a CIA. COLOMBIANA DE INVERSION COLSEGUROS S.A., ASEGURADORA COLSEGUROS S.A., ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A., CEDULAS COLON DE CAPITALIZACION COLSEGUROS S.A., ADMINISTRADORA DE INVERSION COLSEGUROS S.A., MEDISALUD CIA. COLOMBIANA DE MEDICINA PREPAGADA S.A. y a DUE DILIGENCE SUPPORT SERVICES COLOMBIA S.A. en forma expresa e irrevocable para: 1) verificar referencias y obtener la información bancaria y financiera relevante con quienes relevante con quienes considere conveniente; 2) Solicitar los reportes de sanciones disciplinarias; 3) Incorporar la información resultante así como la contenida en este formulario en los informes elaborados por Due

Diligence en prestación de sus servicios; y 4) Informar sobre los créditos concedidos y el cumplimiento dado a los mismos a centrales de riesgo y a quienes así lo soliciten, siempre y cuando posean autorización expresa para consulta a centrales de riesgo o bases de datos.

Firma del Representante Legal	
 	
C.C. No.	Índice Derecho

Espacio para confirmación de información

Nombre de quien entrevista y confirma _____

Firma _____

Lugar de entrevista o visita: Oficina Residencia Telefónica Otro _____

Ciudad _____ Fecha _____ Hora _____

Resultados de la entrevista o visita _____