

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD
---------------------------	-----	-----	-----	--------

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).

CLASE DE VINCULACIÓN	<input type="checkbox"/> TOMADOR	<input type="checkbox"/> ASEGURADO	<input type="checkbox"/> AFIANZADO	<input type="checkbox"/> APODERADO	¿Cuál?
	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR	<input type="checkbox"/> OTRA	

INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO

TOMADOR - ASEGURADO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> El mismo	<input type="checkbox"/> Otra	¿Cuál?
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> El mismo	<input type="checkbox"/> Otra	
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> El mismo	<input type="checkbox"/> Otra	

1. INFORMACIÓN GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
-----------------	------------------	---------

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería; P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)	SEXO	ESTADO CIVIL
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No: _____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESIÓN
----------------	----------------	--------------------	-----------

TIPO DE ACTIVIDAD	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	AMA DE CASA <input type="checkbox"/>	RENTISTA <input type="checkbox"/>	SOCIO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	ASALARIADO <input type="checkbox"/>	EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	CIUI <input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---	--	-------------------------------

DIRECCIÓN RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD	BARRIO
----------------------	--------------	--------	--------

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	CELULAR
--------------------	----------	---------

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO
------------------------------	------	-------

DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO	FAX
-----------	--------------	--------	----------	-----

POR SU CARGO O ACTIVIDAD :

1. ¿ES PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (DECRETO 1674 DE 2016)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____
2. ¿ES REPRESENTANTE LEGAL DE ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PPE*? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DILIGENCIA ANEXO 1
3. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

INDIQUE: _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE		2.2. INGRESOS Y EGRESOS	
TOTAL ACTIVOS (A)	\$ _____	INGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PASIVOS (B)	\$ _____	EGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PATRIMONIO (A-B)	\$ _____	OTROS INGRESOS MENSUALES	\$ _____

CONCEPTO OTROS INGRESOS _____

2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI NO

EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR
IMPORTACIONES OTRA Cuál _____

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS

VINCULO/ RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN

3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES SOBRE SEGUROS EN LOS DOS (2) ÚLTIMOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO

VIDA FÁCIL TRADICIONAL <input type="checkbox"/> *DEUDORES <input type="checkbox"/> *INDICAR NÚMERO DEL CRÉDITO _____	FUTURO SEGURO 70 AÑOS <input type="checkbox"/> 80 AÑOS <input type="checkbox"/> No. DE PAGOS _____	FLEXIVIDA <input type="checkbox"/> % DE AHORRO _____	SALARIO SEGURO <input type="checkbox"/> RENTA INICIAL \$ _____ MESES A INDEMNIZAR 1er AÑO _____
SIEMPRE VIDA <input type="checkbox"/> No. DE PAGOS _____	MUNDIESTADO DOLARES AMERICANOS <input type="checkbox"/> EUROS <input type="checkbox"/> FRANCOS SUIZOS <input type="checkbox"/>	VIDA EDUCATIVA SEGURA FIN BACHILLERATO <input type="checkbox"/> FIN UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> SOLO UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/>	

Si el plan es creciente, por favor indique el porcentaje de crecimiento _____ %

* VINCULO/RELACION: 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
 * Persona Públicamente Expuesta (PPE): Personas expuestas políticamente conforme al Decreto 1674 de 2016, representantes legales de organizaciones internacionales y personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 de 2016): 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.

AMPAROS SOLICITADOS	VALORES ASEGURADOS	VALOR PRIMA
BÁSICO DE VIDA	\$ _____	_____
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	\$ _____	_____
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$ _____	_____
ENFERMEDADES GRAVES	\$ _____	_____
EXONERACIÓN DE PAGOS DE PRIMAS POR I.T.P.	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____
ANEXO DE ACCIDENTES PERSONALES		
MUERTE ACCIDENTAL	\$ _____	_____
INVALIDEZ (ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE)	\$ _____	_____
RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD	\$ _____	_____
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE HASTA	\$ _____	_____
¿CÓMO ME COMPROMETO A PAGAR LAS PRIMAS? FORMA DE PAGO ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/>		TOTAL PRIMA RIESGO \$ _____
AUTORIZO DEBITO AUTOMATICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PRIMA AHORRO \$ _____
		SUMA TOTAL \$ _____

4.2. BENEFICIARIOS					
NOMBRE	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN	%	DIRECCIÓN	CIUDAD

OTROS SEGUROS VIGENTES EN SEGUROS DEL ESTADO S.A. O SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. SI NO

EN QUE RAMOS _____

¿OTROS SEGUROS DE VIDA VIGENTES CON OTRAS ASEGURADORAS? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUALES ASEGURADORAS Y VALORES ASEGURADOS? _____

¿LE HA SIDO NEGADO UN SEGURO DE VIDA O RECARGADO EL VALOR DE LAS PRIMAS POR OTRA ASEGURADORA DE VIDA? SI NO

EXPLICAR LA RAZÓN _____

TIENE OTRA SOLICITUD? SI NO CUAL? _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Separado Union Libre

Actividad, profesion u oficio de la pareja _____

¿Viaja usted al exterior con frecuencia? SI NO Indique lugares y motivos _____

Deportes que practica _____ Profesional Aficionado

Frecuencia _____ ¿Viaja con frecuencia en aviones privados? SI NO

¿Viaja habitualmente como conductor o pasajero de motocicleta? SI NO Indicar cilindraje _____

5. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con problemas de?

Corazón	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Presión Arterial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección por V.I.H. (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo cual? _____					

2. ¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? SI NO

3. ¿Ha tenido, o tiene alguna pérdida funcional o anatómica? SI NO

¿Ha padecido enfermedades, accidentes o lesiones que hayan tenido que ser tratadas medicamente o que le impidan desempeñar labores propias de su ocupación? SI NO

¿Conoce si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI NO

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles _____

4. Estatura (Mts) Peso (Kg) Variación de peso en el último año: SI NO Cuantos Kilos? _____

¿Disminuyó? ¿Aumentó?

5. Es diestro zurdo

6. A que EPS o IPS está afiliado. **EPS** _____ **IPS** _____

7. ¿En alguna ocasión ha estado en peligro su vida? (Ocupación, deportes peligrosos, amenazas de secuestro o muerte etc.) SI NO

En caso de haber contestado afirmativamente, dar detalles _____

8. ¿Usted o alguno de su grupo familiar fuma cigarrillo, SI NO tabaco o pipa, SI NO consume sustancias alucinógenas, SI NO es adicto a drogas estimulantes, SI NO medicamentos para la depresión, SI NO consume licor con frecuencia, SI NO

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores indique cantidad y frecuencia: _____

9. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas? SI NO

en caso afirmativo, especifique. _____

10. ¿Esta usted embarazada? SI NO Tiempo de embarazo: _____

11. Médicos que ha consultado durante los últimos 5 años:

NOMBRE Y/O ESPECIALISTA	FECHA DE CONSULTA	MOTIVO DE CONSULTA	RESULTADO
	D D M M A A A A		
	D D M M A A A A		
	D D M M A A A A		

EN CASO DE CONTROL O DE TRATAMIENTO, ADJUNTAR INFORME DEL MÉDICO TRATANTE - PARA MUJERES EMBARAZADAS: EXAMEN MÉDICO Y DE ORINA

12.	No. de cigarrillos diarios	Bebe licores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Frecuencia y cantidad de consumo
Es fumador SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Desde hace cuánto que fuma?		
Fue fumador SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hace cuanto que dejó de fumar?		

FAMILIAR		EDADES ACTUALES	VIVOS		MUERTOS	
			ENFERMEDAD (ES) QUE PADECE (N)	EDAD AL MORIR	CAUSA	
Padre						
Madre						
Hermanos	Número					
Hijos						

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. (DAR DETALLE)

5. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos personales propios o de las personas naturales vinculadas a la persona jurídica que represento, directamente a **LAS ASEGURADORAS**, quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mi suministrada.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** para que realicen el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, para labores de mercadeo y comercialización, renovación de productos, prestación de servicios de asistencia, para fines estadísticos, para realizar la transferencia internacional de datos cuando ella sea necesaria para cumplir las finalidades del tratamiento y para que la misma sea entregada a los encargados del tratamiento que sean designados por **LAS ASEGURADORAS**, entre otros.

Declaro que he sido informado que son facultativas las respuestas sobre datos sensibles definidos en la ley y en especial aquellos relacionados con niños, niñas y adolescentes, y en el evento que llegue a suministrarlos, autorizo expresamente para que se lleve a cabo su tratamiento.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir los datos suministrados con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que hayan sido designadas para administrar las bases de datos para efectos de prevención, control de fraude, selección de riesgos o elaboración de estudios estadísticos o actuariales, con los operadores necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LAS ASEGURADORAS**, tales como ajustadores, call centers, investigadores, abogados externos, compañías de asistencia, etc., con las entidades con las que deba celebrar contratos de coaseguros y reaseguros, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías filiales y subsidiarias entre otros, quienes en cumplimiento de la gestión encomendada actúan como encargados del tratamiento de la información.

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos personales de **LAS ASEGURADORAS**, el cual se encuentra publicado en la página www.segurosdelestado.com.

Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar la información anualmente y que para hacer efectivos los derechos que me asisten como titular de la información, puedo hacerlo a través de la Jefatura de Atención al Consumidor, Financiero de **LAS ASEGURADORAS**, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico info@segurosdelestado.com.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

- | | |
|--|--|
| <p>1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO</p> <p>a. Constancia de ingresos (Honorarios, Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda), o Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara) ó Estados Financieros.</p> <p>2. INTERMEDIARIOS</p> <p>a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.</p> | <p>3. PROVEEDORES</p> <p>a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).</p> <p>4. BENEFICIARIOS</p> <p>a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.</p> <p>5. APODERADO</p> <p>a. En caso de que el cliente se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.</p> |
|--|--|

IMPORTANTE
GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDADERAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN ESCRITAS. ACEPTO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA BASE DE LA PÓLIZA QUE SE ME EXPIDA Y QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** NO ASUME RESPONSABILIDAD O ACEPTACIÓN ALGUNA, SI NO HASTA QUE SE LO MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO, SIEMPRE Y CUANDO QUE PARA ENTONCES ME ENCUENTRE EN BUEN ESTADO DE SALUD, IGUALMENTE, SI EXISTIERE RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MAS ONEROSAS. ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

YO, _____ IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, Y ACTUANDO A NOMBRE PROPIO MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO FORMULO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES: MANIFIESTO QUE CONOZCO EL DERECHO QUE ME ASISTE PARA QUE NINGUNA PERSONA Y SIN AUTORIZACIÓN PREVIA ACCEDA A MI HISTORIA CLÍNICA, IGUALMENTE DECLARO CONOCER QUE POR DICHA PROTECCIÓN LEGAL ME ESTA PERMITIDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO A ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE LA ACOMPAÑAN, QUE HACIENDO USO DE DICHA PRERROGATIVA Y MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN, MANIFIESTO QUE DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE AUTORIZO PARA QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, EN CUAL QUIER TIEMPO Y ANTE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SOLICITE MI HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LE SEA SUMINISTRADA AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO SIN MAS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN, QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD O PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECIBA LA AUTORIZACIÓN, DESPACHE EN FORMA INMEDIATA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE A JUICIO DE LA ASEGURADORA SE REQUIERAN PARA CONOCER MI ESTADO DE SALUD, LOS TRATAMIENTOS QUE SE SUMINISTRAN Y EN FIN, CON ACCESO A TODA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIA MÉDICA, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTA, ETC.

9. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

_____ No. CÉDULA _____ FIRMA DEL CLIENTE DE _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> HUELLA INDICE DERECHO
--	--

10. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA
DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA					OBSERVACIONES				
¿CÓMO CONOCIÓ AL CLIENTE?									
OBSERVACIONES									
RESULTADO: ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>									
NOMBRE DE QUIEN ENTREVISTA				CARGO					
CLAVE			INTERMEDIARIO		NOMBRE DE QUIEN VERIFICA			CARGO	
SUCURSAL			FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO		SUCURSAL			FIRMA	