



**SOLICITUD NUEVA GASTOS MEDICOS
FORMATO DE INFORMACIÓN ADICIONAL**

Vigente a partir de Diciembre 2018

FECHA: _____

TITULAR: _____

CORREDOR: _____ CODIGO CORREDOR: _____

DATOS DEL TITULAR:

SI/NO

NIT _____

ACTUA EN NOMBRE PROPIO

INDICAR SI EL SOLICITANTE ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

TIENE PARENTESCO CON UNA PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

ES ASOCIADO CERCANO DE UNA PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

ES CONTRATISTA O PROVEEDOR DEL ESTADO (CPE)

DATOS DEL FACTURANTE Y/O PAGADOR SI FUERA PERSONA INDIVIDUAL:

SI/NO

ACTUA EN NOMBRE PROPIO

INDICAR SI ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

TIENE PARENTESCO CON UNA PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

ES ASOCIADO CERCANO DE UNA PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

ES CONTRATISTA O PROVEEDOR DEL ESTADO (CPE)

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DATOS DEL FACTURANTE SI FUERA EMPRESA:

NOMBRE COMERCIAL Y RAZON SOCIAL: _____

INDICAR EL PAIS DE ORIGEN DE LA EMPRESA: _____

FECHA DE CONSTITUCION DE LA EMPRESA: _____

INDICAR ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL DE LA EMPRESA: _____

ES CONTRATISTA O PROVEEDOR DEL ESTADO (CPE): _____

TELEFONO: _____

DIRECCION DE LA EMPRESA, INDICANDO ZONA, MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO: _____

DATOS DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

NOMBRE: _____

ACTUA UNICAMENTE EN BENEFICIO DE LA ENTIDAD SOLICITANTE: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: _____

ES UNA PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA: _____

OBSERVACIONES:

--