

**INQUILINO  
SOLICITUD DE ARRENDAMIENTO  
PERSONAS JURÍDICAS**

CLAVE ASESOR  
MAPFRE  
**2089**

SOLICITUD No.

NOMBRE DE ASESOR PILAR GARCÍA

E-MAIL MGARCIA@MAPFRE.COM.CO

CELULAR PBX: 316 1224

**INFORMACIÓN PROPIETARIO Y/O ARRENDADOR**

\* NOMBRES Y APELLIDOS

CÉDULA / NIT

TELÉFONO

E-MAIL

CELULAR

**DATOS DEL INMUEBLE SOLICITADO**

<b>TIPO DE INMUEBLE</b>	CASA	BODEGA	DIRECCIÓN	ESTRATO	CIUDAD	DESTINO QUE VA A DAR AL INMUEBLE
	APTO.	OFICINA	ARRENDAMIENTO MENSUAL \$	IVA ARRENDAMIENTO SI ( ) NO ( )	CUOTA DE ADMINISTRACIÓN \$	
	LOCAL	OTRO				

**INFORMACIÓN PERSONA JURÍDICA O EMPRESA**

RAZÓN SOCIAL	NIT			
OBJETO SOCIAL Y/O DESCRIPCIÓN DEL NEGOCIO				
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	CIUDAD	TELÉFONO FIJO		
INGRESOS MENSUALES	EGRESOS MENSUALES	ACTIVOS	PASIVOS	PATRIMONIO

**INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO C.C. ( ) C.E. ( )	NUMERO
DIRECCIÓN DOMICILIO	CIUDAD	
TELÉFONO	CELULAR	E-MAIL

**INFORMACIÓN ACCIONISTAS (CON EL 5% O MAS DE PARTICIPACIÓN)**

TIPO Y No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y/O RAZÓN SOCIAL
C.C. ( ) C.E. ( ) NIT ( ) No	
C.C. ( ) C.E. ( ) NIT ( ) No	
C.C. ( ) C.E. ( ) NIT ( ) No	
C.C. ( ) C.E. ( ) NIT ( ) No	
C.C. ( ) C.E. ( ) NIT ( ) No	

**DATOS DE INMUEBLES DE SU PROPIEDAD**

DIRECCIÓN DEL INMUEBLE	CIUDAD	No. MATRÍCULA INMOBILIARIA	VALOR COMERCIAL \$	VALOR HIPOTECA \$
DIRECCIÓN DEL INMUEBLE	CIUDAD	No. MATRÍCULA INMOBILIARIA	VALOR COMERCIAL \$	VALOR HIPOTECA \$

**DETALLES VEHÍCULOS DE SU PROPIEDAD**

MARCA VEHÍCULO	MODELO	PLACA	TIENE PIGNORACIÓN SI ( ) NO ( )	MARCA VEHÍCULO	MODELO	PLACA	TIENE PIGNORACIÓN SI ( ) NO ( )
----------------	--------	-------	------------------------------------	----------------	--------	-------	------------------------------------

**REFERENCIAS**

TIENE PÓLIZAS CON MAPFRE SEGUROS GENERALES SI ( ) NO ( )

COMERCIALES	NOMBRE	TELÉFONO FIJO	CELULAR
	NOMBRE	TELÉFONO FIJO	CELULAR
	NOMBRE	TELÉFONO FIJO	CELULAR
TARJETAS DE CRÉDITO	ENTIDAD	CUOTA MENSUAL	CUPO ACTUAL
	ENTIDAD	CUOTA MENSUAL	CUPO ACTUAL
BANCOS O CORPORACIONES	ENTIDAD	No. CUENTA	SUCURSAL
	ENTIDAD	No. CUENTA	SUCURSAL

Autorizo expresa e irrevocablemente MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. para que obtengan de cualquier fuente, reporte a cualquier banco de datos las informaciones y referencias relativas a mi persona, mis nombres, apellidos y documentos de identificación, a mi comportamiento y crédito comercial, hábitos de pago, manejo de mi(s) cuenta(s) corriente(s) bancarias y en general al cumplimiento de mis obligaciones pecuniarias. Autorizo MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. para compartir con las demás entidades subordinadas o controladas por MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., toda la información que repose en sus archivos, para propósitos comerciales y con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. La información no se comercializará, ni se cede a terceros, y cumple los fines de calidad, finalidad y circulación restringida de la Ley 1581 de 2012. Declaramos que: 1. Nuestra actividad es lícita y la ejercemos dentro de los marcos legales. 2. Los dineros utilizados para pagar las obligaciones derivadas de este contrato no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano. 3. Las declaraciones contenidas en esta solicitud son exactas completas y verídicas por lo tanto la falsedad, error u omisión tendrán la consecuencias estipuladas por la Ley.

C.C. No

FIRMA

No. ANTERIOR \_\_\_\_\_



**MAPFRE**  
**COLOMBIA**

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**  
**(PERSONA JURÍDICA)**

CLASE DE VINCULACIÓN	INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)				FECHA DE VINCULACIÓN				
TOMADOR <input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>	Familiar	Comercial	Laboral	Personal	OFICINA	DD	MM	AAAA	PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>
ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/>	Tomador - Asegurado								PÓLIZA RENOVADA <input type="checkbox"/>
BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	Tomador - Beneficiario								INDEMNIZACIÓN <input type="checkbox"/>
	Asegurado - Beneficiario								

**1. PERSONA JURÍDICA**

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL \_\_\_\_\_ NIT. \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

C.C.  C.E.  NÚMERO \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN \_\_\_\_\_

PAIS Y CIUDAD DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ OTRA NACIONALIDAD? SI  NO  CUAL \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ ESTRATO \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN / PROFESIÓN \_\_\_\_\_

TIENE RESIDENCIA PERMANENTE EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA? SI  NO  CUAL \_\_\_\_\_ TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? SI  NO  MOTIVO: \_\_\_\_\_ TIENE VISA AMERICANA? SI  NO

HA ESTADO EN ESTADOS UNIDOS : (Excluye a las personas que actúan dentro del territorio de los Estados Unidos como Diplomáticos, Profesores, Estudiantes o Deportistas).  
 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO  31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO  121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR  60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI  NO  POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI  NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI  NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

TIENE ALGÚN VINCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI  NO

SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ESPECIFIQUE NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

TIPO DE EMPRESA: PUBLICA  PRIVADA  MIXTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL  COMERCIAL  TRANSPORTE  CONSTRUCCION  AGRICOLA  CIVIL  OTRA  CUAL? \_\_\_\_\_

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO SOCIAL: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE REALCIÓN):

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	NACIONALIDAD	TIENE RESIDENCIA EN OTRO PAIS?	VISA AMERICANA	HA ESTADO EN ESTADOS UNIDOS :	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	% PARTICIPACIÓN
	_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO <input type="checkbox"/> 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO <input type="checkbox"/> 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR <input type="checkbox"/> 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> No. _____	
	_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO <input type="checkbox"/> 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO <input type="checkbox"/> 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR <input type="checkbox"/> 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> No. _____	
	_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO <input type="checkbox"/> 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO <input type="checkbox"/> 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR <input type="checkbox"/> 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> No. _____	
	_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO <input type="checkbox"/> 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO <input type="checkbox"/> 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR <input type="checkbox"/> 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> No. _____	
	_____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 183 DIAS A CAUSA DE UN CONTRATO <input type="checkbox"/> 31 DIAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO <input type="checkbox"/> 121 DIAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR <input type="checkbox"/> 60 DIAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> No. _____	

INGRESOS MENSUALES	_____	ACTIVOS	_____
EGRESOS MENSUALES	_____	PASIVOS	_____
OTROS INGRESOS	_____	CONCEPTO OTROS INGRESOS	_____

## 2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI  NO  IMPORTACIONES  EXPORTACIONES  INVERSIONES   
 PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR SI  NO  TRANSFERENCIAS  OTRA  INDIQUE CUAL \_\_\_\_\_

TIPO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

## 3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI  NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

## 4. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasescoldea e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales. Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

## 5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO 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)
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Autorizo a Mapfre Colombia, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en todas sus partes.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

## 6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

### PERSONA JURÍDICA

- Fotocopia del documento de identificación del representante legal (Cedula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte o carné Diplomático).
- Certificado de existencia o representación legal original y con una vigencia no superior a tres meses.
- Fotocopia legible del Registro Único Tributario (RUT).
- Declaración de Renta del último período gravable disponible.

## 7. FIRMA Y HUELLA

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

\_\_\_\_\_  
FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL  
C.C.

\_\_\_\_\_  
HUELLA

## 8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA

FECHA DE LA ENTREVISTA  DÍA  MES  AÑO  HORA

RESULTADO ACEPTADO  RECHAZADO

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE \_\_\_\_\_

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE \_\_\_\_\_

## 9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA  DÍA  MES  AÑO  HORA

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN \_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_