



**SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**

**PERSONA NATURAL**

**No.**

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA  
SÚPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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).

<b>CLASE DE VINCULACIÓN</b>	<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 VÍNCULOS 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  AMA DE CASA  RENTISTA  SOCIO  PENSIONADO  ASALARIADO  EMPLEADO PÚBLICO  INDEPENDIENTE  CIU

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:	SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
3. ¿EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____

¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA**

<b>2.1. BALANCE</b>		<b>2.2. INGRESOS Y EGRESOS</b>	
TOTAL ACTIVOS	\$ _____	INGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PASIVOS	\$ _____	EGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PATRIMONIO	\$ _____	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

**3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS**

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

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

**4. INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**4.1. TIPO DE SEGURO DE VIDA A ADQUIRIR**

VIDA FÁCIL <input type="checkbox"/> TRADICIONAL <input type="checkbox"/> *DEUDORES <input type="checkbox"/>	FUTURO SEGURO <input type="checkbox"/>	FLEXIVIDA <input type="checkbox"/>	SALARIO SEGURO <input type="checkbox"/>
*INDICAR NÚMERO DEL CRÉDITO _____	70 AÑOS <input type="checkbox"/> 80 AÑOS <input type="checkbox"/> No. DE PAGOS _____	% DE AHORRO _____	RENTA INICIAL \$ _____ MESES A INDEMNIZAR 1er AÑO _____

SIEMPRE VIDA <input type="checkbox"/>	MUNDIESTADO <input type="checkbox"/>	VIDA EDUCATIVA SEGURO <input type="checkbox"/>
No. DE PAGOS _____	DOLARES AMERICANOS <input type="checkbox"/> EUROS <input type="checkbox"/> FRANCO SUIZOS <input type="checkbox"/>	FIN BACHILERATO <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 \_\_\_\_\_ %

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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. ....	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____
<b>ANEXO DE ACCIDENTES PERSONALES</b>		
MUERTE ACCIDENTAL .....	\$ _____	_____
INVALIDEZ (ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE) .....	\$ _____	_____
RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD .....	\$ _____	_____
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE HASTA .....	\$ _____	_____
<b>¿CÓMO ME COMPROMETO A PAGAR LAS PRIMAS?</b> <b>FORMA DE PAGO</b> 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 RAZON \_\_\_\_\_

**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?		

13. Historia Familiar					
FAMILIAR	EADAES 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 QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. (DAR DETALLE) \_\_\_\_\_

**7. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A 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.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestación del servicio correspondiente, así como a la circulación o transferencia de ellos; todo, aún en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o la misma hubiere terminado. Así mismo, autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir la información con **FASECOLDA e INVERFAS S.A.**; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con aliados estratégicos, Intermediarios de seguros, compañías, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que **LAS ASEGURADORAS** me han informado los derechos que se tienen como titular de la información, de acuerdo con la ley y su manual de políticas, que he leído y que se encuentran disponibles en la página [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com). Igualmente, me comprometo a actualizar toda la información anualmente.

De la misma forma, autorizo de manera permanente e irrevocable a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a centrales de información.

El responsable del Tratamiento de la información es la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico [info@segurosdelestado.com](mailto:info@segurosdelestado.com).

**8. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

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

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO</b></p> <p>a. Constancia de ingresos (Honorarios, Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda), o declaración de renta del último período gravable (si declara) ó estados financieros.</p> <p>b. Inventario General de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.</p> <p><b>2. INTERMEDIARIOS</b></p> <p>a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.</p> | <p><b>3. PROVEEDORES</b></p> <p>a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).</p> <p>b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara).</p> <p><b>4. BENEFICIARIOS</b></p> <p>a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.</p> <p><b>5. APODERADO</b></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, SINO 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 RETRAIDO 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 CUALQUIER 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 DIAGNOSTICO, 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 \_\_\_\_\_

HUELLA  
INDICE  
DERECHO

**10. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA**      **11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

<table border="1"> <tr> <th>FECHA</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>HORA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA _____</p> <p>¿CÓMO CONOCIÓ AL CLIENTE? _____</p> <p>OBSERVACIONES _____</p> <p>RESULTADO: ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE DE QUIEN ENTREVISTA _____ CARGO _____</p> <p>CLAVE _____ INTERMEDIARIO _____</p> <p>SUCURSAL _____ FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO _____</p>	FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA						<table border="1"> <tr> <th>FECHA</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>HORA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>OBSERVACIONES _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE DE QUIEN VERIFICA _____ CARGO _____</p> <p>SUCURSAL _____ FIRMA _____</p>	FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA					
FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA																	
FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA																	