

Seguro Ahorroflex

Solicitud de Seguro



Cotización No.

Expediente No.

Marcar con ☒ la opción escogida

1. Datos generales del Asegurado

Persona Natural ☐ Comerciante Individual ☐

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
Tarjeta de Identidad ☐	Pasaporte ☐	Carnet de Residente ☐	No. de Identificación:	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D M A		
¿Es zurdo?: Si ☐ No ☐		Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐		
Ocupación Actual	Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐			
Nombre del Cónyuge:	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Profesión u oficio		Actividad económica		Actividad comercial
Nombre de la empresa donde labora		Posición/Cargo que desempeña		Antigüedad laboral
¿Posee negocio propio? Si ☐ No ☐				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si ☐ No ☐				
Nombre de la Institución		Nombre del cargo desempeñado		Desde Hasta
Si su ocupación actual es Ama de casa o Estudiante complete lo siguiente:				
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:				
No. De Identificación		Relación o afinidad		Actividad económica

Dirección Completa de Residencia:

Cobro ☐

Notificaciones ☐

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de Referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono de Residencia	Celular

Dirección Completa de Trabajo:

Cobro ☐

Notificaciones ☐

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,edificio		
Punto de Referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono	Fax

Por favor seleccione en cuál dirección desea que se le realicen los cobros y notificaciones de la póliza de seguro.

Información Financiera del Asegurado

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 32,381.46	☐	☐	L 00.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 32,381.47	L 64,762.92	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 64,762.93	L 107,938.20	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 107,938.21	L 215,876.40	☐	☐	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	☐	☐
L 215,876.41	L 539,691.00	☐	☐	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 539,691.01	En adelante	☐	☐	L 10,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: Ingreso total anual L.:

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐	
Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐	
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si ☐ No ☐ Tipo de Producto(s):			

2. Datos Generales del Contratante (Sólo si es diferente que el Asegurado)

2.1 En caso de ser Persona Natural/Representante Legal		Expediente No.	
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
		RTN	
Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐		No. de Identificación:	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad
Ciudad	País	D M A	Nacionalidad
		Sexo F ☐ M ☐	
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐		
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido
		Segundo Apellido	
Ocupación Actual	Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐		
Profesión u oficio		Actividad económica	Actividad comercial
Nombre de la Empresa donde Labora		Posición/Cargo que Desempeña	Antigüedad Laboral
¿Posee negocio propio? Si ☐ No ☐			
Nombre del Negocio:			
Giro/Actividad del Negocio		URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años?		Si ☐ No ☐	
Nombre de la Institución	Nombre del cargo desempeñado	Desde	Hasta

Dirección Completa de Residencia:

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono de residencia	Celular

Dirección Completa de Trabajo:

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,Edificio		
Punto de Referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono	Fax

Información Financiera del Representante Legal/Persona Autorizada para Contratar

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 32,381.46	☐	☐	L 00.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 32,381.47	L 64,762.92	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 64,762.93	L 107,938.20	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 107,938.21	L 215,876.40	☐	☐	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	☐	☐
L 215,876.41	L 539,691.00	☐	☐	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 539,691.01	En adelante	☐	☐	L 10,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos:

Ingreso total anual L.:

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐	
Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐	
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si ☐ No ☐ Tipo de Producto(s):			

2.2 En caso de que el Contratante sea: Persona Jurídica ☐ Empresa de Gobierno ☐ Entidad Supervisada ☐ ONG ☐**Datos Generales**

Razón Social		Nombre Comercial	
Tipo de Capital: Publico ☐ Privado ☐ Mixta ☐		R.T.N (adjuntar fotocopia):	
Giro/actividad económica:		URMOPRELAFT	
Nombre del Contador:			
No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)		País de Constitución	
Dirección Completa:			
Departamento	Municipio	Teléfono	Fax
Correo electrónico		Sitio Web	
¿La Empresa pertenece a un Grupo Financiero o Económico? Si ☐ No ☐			
Nombre del Grupo Financiero o Económico:			
¿La Empresa cuenta con filiales en el extranjero? Si ☐ No ☐		¿Dónde?	
¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo? Si ☐ No ☐			
Proveedores Principales			
Nombre Completo		Nombre Comercial	

Información de Accionistas o Asociados (con el 5% o más de participación)			Cantidad de Accionistas:
Tipo de Documento	No. De Documento	Nombre y/o Razón Social	% de Participación

"En caso de tener más accionistas reportar la totalidad accionaria en una Hoja Adicional"

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la Junta Directiva

Nombre	Puesto que desempeña en la Junta Directiva

Información Financiera

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 250,000.00	☐	☐	L 00.01	L 500,000.00	☐	☐
L 250,000.01	L 500,000.00	☐	☐	L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐	L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐	L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐
L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐	L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐
L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐	L 20,000,000.01	L 30,000,000.00	☐	☐
L 20,000,000.01	En adelante	☐	☐	L 30,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos:		Ingreso total anual L.:
¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐
Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si ☐ No ☐ Tipo de Producto(s):		

3. Forma de Pago

(Campos Obligatorios)

Ventanilla ☐ Descuento por Nómina o Planilla ☐ Tarjeta de Crédito/debito ☐
 Cuenta de Ahorro ☐ Cuenta de Cheques ☐ Extrafinanciamiento ☐

* Si su pago es a través de extrafinanciamiento no debe completar la información de "Datos de la Tarjeta"

Datos de la Tarjeta

No. De Tarjeta :

Tipo de Tarjeta: Crédito ☐ Visa ☐ Master Card ☐ American Express ☐
 Débito ☐

Vencimiento de la Tarjeta: Mes: Año:

Banco emisor de la Tarjeta: Moneda: LPS ☐ USD ☐

* Si su tarjeta es de débito, favor detalle información de su cuenta bancaria en las siguientes casillas.

* No. De Cuenta Bancaria en Davivienda:

Tipo de Cuenta: Ahorro ☐ Cheques ☐ Moneda: HNL ☐ USD ☐

4. Programa de Coberturas

	Descripción	Suma Propuesta
1	Básica por Fallecimiento Alternativa de Indemnización por Muerte a. Suma Asegurada más Fondo Acumulado ☐ b. Suma asegurada Nivelada ☐	Lps.
Coberturas Adicionales		
2	Doble Indemnización por Muerte y Pérdidas Orgánicas (DIMAP)	Lps.
3	Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT)	Si ☐ No ☐
4	Renta Mensual por Invalidez Total y Permanente (REMI) (Renta Máxima Mensual= 2% S.A. Básica por Fallecimiento)	Lps.
Objetivos de Capitalización y Retiro		
5	Capital Final	Contratado
6	Continuación de Seguro Exento de Primas (COSEP) (Se sugiere 30% S.A. Básica) _____ % S.A. Básica por Fallecimiento (Máximo 100%)	Lps.

5. Programa de Aportaciones

Pazo Programado de Vigencia de la Póliza _____ Años (20 por Omisión)	Forma de Pago
Pazo Programado de Pago de Primas _____ Años (15 por Omisión)	Aportación Inicial Adicional:
Prima Programada Anual: Lps. _____ Edad de Retiro _____ Años	Lps.

NOTA IMPORTANTE: La forma de Pago de Contado Anual le generará una mayor capitalización que si elige cualquier forma de pago fraccionado. En este caso, la capitalización será mayor si opta por el pago semestral que por uno trimestral o mensual.

En caso de pagar con cheque solamente expedir cheque a nombre de: SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS S.A.; (Seguros Davivienda)

6. Hábitos, Aviación y Deportes (En caso afirmativo especifique cada concepto)

Actualmente	Clase	Cantidad	Frecuencia
a. ¿Fuma? Si ☐ No ☐			
b. ¿Ingiera bebidas alcohólicas? Si ☐ No ☐			
c. ¿Utiliza drogas o estimulantes? Si ☐ No ☐			
d. Si dejó de utilizar alguno de estos productos, mencione lapso, fecha en que lo suspendió y causa:			
e. ¿Es usted piloto de aviación o pasajero de vuelos particulares o con itinerario irregular? Si ☐ No ☐			
* En caso afirmativo deberá llenar cuestionario específico			
f. ¿Qué deporte(s) practica? * En caso de deportes de alto riesgo llenar cuestionario específico			

7. Cuestionario para Solicitud sin Examen Médico

Historial Familiar				
Edad		Estado de Salud	Edad al Morir	Causas de la Muerte
Padre				
Madre				
Cónyuge				
Hijos				

8. Estado de Salud y Algunos Antecedentes

a. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? Si ☐ No ☐

b. ¿Ha consultado algún médico en los últimos 24 meses? Si ☐ No ☐

c. ¿Esta sujeto a algún tratamiento médico? Si ☐ No ☐

d. ¿Ha padecido o padece?

Reumatismo	Si ☐ No ☐	Desmayos o ataques	Si ☐ No ☐
Enfermedades del corazón	Si ☐ No ☐	Operaciones quirúrgicas	Si ☐ No ☐
Presión arterial alta	Si ☐ No ☐	Síndrome de Inmune deficiencia Adquirida (SIDA)	Si ☐ No ☐
Enfermedades de los bronquios o pulmones	Si ☐ No ☐	Alguna otra enfermedad	Si ☐ No ☐
Gastritis o úlceras péptica	Si ☐ No ☐	Análisis de:	
Enfermedades del hígado o de la vesícula biliar	Si ☐ No ☐		Laboratorio Si ☐ No ☐
Enfermedades de riñones	Si ☐ No ☐		Radiografías Si ☐ No ☐
Próstata o vejiga	Si ☐ No ☐		Electrocardiogramas Si ☐ No ☐
Diabetes	Si ☐ No ☐	Otros	Si ☐ No ☐
Algún tumor	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
		¿Ha sido hospitalizado?	Si ☐ No ☐

e. Cuestionario Para Mujeres

¿Alguna enfermedad en la matriz	Si ☐ No ☐	¿Está embarazada?	Si ☐ No ☐
¿Alguna enfermedad en los ovarios?	Si ☐ No ☐	Fecha de última menstruación: _____	
¿Alguna enfermedad en los pechos?	Si ☐ No ☐		

f. Información Adicional ante cualquier Respuesta Afirmativa:

Fecha	Enfermedad	Tratamiento	Duración	Médico tratante	Estado Actual

g. Estatura: Peso: ¿Ha variado su peso en el último año? Si ☐ No ☐ Aumento: Disminución:	
h. ¿Le hace falta algún miembro o parte de él? Si ☐ No ☐ Detalle hasta donde:	
¿Tiene alguna deformación? Si ☐ No ☐ Explique:	
i. Estado de la vista del ojo derecho:	Estado de la vista del ojo izquierdo:
Estado audición oído derecho:	Estado audición oído izquierdo:
j. Datos del Médico de cabecera o tratante:	
Nombre completo: _____	
Dirección: _____	

9. Otros Seguros de Vida

Actualmente cuenta con otros seguros de vida o de accidentes personales (AP)? Si ☐ No ☐		
Compañía	Suma Asegurada Vida	Suma Asegurada Accidentes Personales
¿Alguna otra compañía lo ha rechazado o extraprimado? Si ☐ No ☐		
¿Que compañía?:		
Siniestro ocurridos en los últimos tres (3) años:		
¿Actualmente está solicitando otro seguro? Si ☐ No ☐ ¿Qué tipo de Seguro?		
Suma asegurada solicitada:	Compañía a la que solicita:	

10. Beneficiarios: El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular . La designación de beneficiarios atribuye a la persona, en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro.

Beneficiarios Principales

	No. Identidad	Dirección	Parentesco con el Solicitante	%	Fecha de Nacimiento			Expediente No. Uso Oficina
					D	M	A	

Beneficiarios Contingentes

Nombre completo y apellidos	No. Identidad	Dirección	Parentesco con el Solicitante	%	Fecha de Nacimiento			Expediente No. Uso Oficina
					D	M	A	

11. Referencias del Asegurado

Nombre	Domicilio	Teléfono

12. Acuerdo entre el Gobierno de Honduras y el Gobierno de los Estados Unidos para Mejorar el Cumplimiento Tributario Internacional e Implementar FATCA (La información debe ser completada por el Contratante)**a) Persona Natural**

Tiene usted que declarar fiscalmente a los Estados Unidos por tener:	
1. País de Nacimiento Estados Unidos (EEUU)	Si ☐ No ☐
2. Nacionalidad, Ciudadanía o Pasaporte Americano (EEUU). Si su respuesta es "Si" favor indicar:	Si ☐ No ☐
¿Tiene otras nacionalidades?	Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?:
3. Permiso de Residencia Legal en EEUU (Green Card). Si su respuesta es "Si" favor indicar:	Si ☐ No ☐
¿Tiene residencia legal en otros países?	Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?:
4. ¿Ha permanecido en EEUU más de 30 días en este año? Si su respuesta es "Si" favor indicar:	Si ☐ No ☐
¿Cuántos días estuvo este año?	Días
¿Cuántos días el año pasado?	Días
¿Hace tres años?	Días

8/12

¿Cuál fue el motivo de su viaje? Estudios ☐ Tratamiento Medico ☐ Actividades Diplomáticas ☐

Otros:

Si **todas** las respuestas a los incisos 1 al 4 son "No", favor firmar la siguiente certificación. Por este medio declaro, que no soy una persona Estadounidense, ni tengo obligaciones fiscales con EE.UU. de acuerdo a su legislación vigente.

Firma del Asegurado

Si **alguna** de las respuestas a los inciso 1 al 3 fue "Si" favor brindar su Numero de Identificación Fiscal (TIN) en EEUU (Normalmente es su numero de Seguro Social).

Numero de Identificación Fiscal (TIN)

b. Persona Jurídica

1. ¿La empresa es sucursal, Filial o subsidiaria de otra Empresa? SI ☐ NO ☐

Si su repuesta es **SI**, favor indicar País de la Casa Matriz:

2. ¿La empresa es sujeto de tributación fiscal en Estados Unidos? SI ☐ NO ☐

3. ¿La empresa cotiza en bolsa? SI ☐ NO ☐

4. ¿Algunos de los socios con mas del 5% de acciones de la Empresa es sujeto de tributación fiscal en Estados Unidos? SI ☐ NO ☐

Si su empresa No es sujeta a Tributación Fiscal en Estados Unidos, favor firmar la siguiente certificación.
Por este medio declaro, que mi representada no es una entidad Estadounidense, no existen socios estadounidenses que representen más del 5% de las acciones de la sociedad, ni tiene obligación fiscal con EE.UU de acuerdo a su legislación vigente.

Firma del Asegurado/Autorizado para contratar

Si Respondió SI al inciso 2, favor brindar su Numero de Identificación Fiscal en EE.UU.

Numero de Identificación Fiscal (TIN)

FATCA: EL CONTRATANTE declara conocer los términos del "Acuerdo entre el Gobierno de la República de Honduras y el Gobierno de los Estados Unidos de América para Mejorar el Cumplimiento Tributario Internacional e Implementar FATCA", por lo que se obliga a proporcionar a LA COMPAÑIA toda la información que éste pueda requerir para cumplir con dicho acuerdo (Inclusive la relacionada con sus accionistas, cuando sea persona jurídica). EL CONTRATANTE acepta que cualquier inexactitud o falsedad en la información proporcionada o cualquier incumplimiento a los requerimientos de información, faculta a LA COMPAÑIA para dar por terminado el presente contrato de forma inmediata y sin previa notificación.

De acuerdo al Código de Comercio de la república de Honduras, las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurador no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave.

En consecuencia, la declaración inexacta o falsa de un hecho importante que se les pregunte, podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

Autorizaciones

Declaración de Origen de Fondos y Autorización para consulta y reporte a las Centrales de Riesgo

Declaro que tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Hondureño. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, la Compañía de Seguros está facultada a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.

Asimismo, autorizo a esta Compañía de Seguros a reportar, procesar, solicitar y consultar la información necesaria sobre mi comportamiento crediticio en las Centrales de Riesgo y mis operaciones reportadas en la Central de Información del Sistema Asegurador

Autorizo a los Médicos, Hospitales o Instituciones que me hayan examinado o asistido para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (DAVIVIENDA SEGUROS) todos los informes concernientes a mi estado de salud anterior y actual; y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la Compañía de Seguros lo considere oportuno.

Declaración del cliente:

Declaro que he sido informado sobre los costos, derechos y obligaciones que involucran tanto la suscripción de un contrato de seguros como la indemnización del reclamo; que he recibido indicaciones para la buena administración y manejo de los mismos, así como las posibles consecuencias por su mal uso. De igual forma que se me ha brindado la debida asesoría con toda la información vinculada al producto de Seguros Ofertado, como ser las coberturas necesarias sobre la protección adecuada de riesgos, la facultad y derecho que tengo a designar o revocar a un intermediario de Seguros.

Autorización entrega de documentos a Intermediarios o Corredores de Seguros

Por este medio autorizo a la Compañía de Seguros para que toda documentación incluyendo póliza y clausulados, endosos de modificación, endoso de beneficiario, renovación, endoso de cancelación y notificaciones relacionadas al seguro que mediante esta solicitud estoy contratando; sea entregado al Intermediario o Corredor de Seguros que maneja mi póliza, quien posteriormente me hará entrega de la misma.

El contratante hace constar que conoce y acepta las condiciones Generales y Particulares de la póliza

Las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza se encuentran disponibles para su revisión en la página www.davivienda.com.hn

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado Principal

Firma del Contratante

En caso de solicitantes menores de edad, se requiere la firma del representante Legal.

Firma

Nombre del Representante

Parentesco

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Aprobado por:

Fecha de aprobación

LA0208
Abril 2018

Información del Agente/Asesor de Seguros

Para ser completado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista

Nombre del Responsable de la Entrevista		Número de Agente
Sucursal:		
¿Desde cuando conoce personalmente al solicitante?		
¿Le consta que el cliente completó y firmó la solicitud?		Si ☐ No ☐
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?		Si ☐ No ☐
Especifique:		
Informo que mi relación con el potencial cliente es de tipo: Familiar ☐ Personal ☐ Referido ☐ Ninguna ☐		
¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?		Si ☐ No ☐
¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro?		Si ☐ No ☐
Dejo evidencia y declaro haber realizado la entrevista presencial con el cliente y revisado la completación del presente formulario		
Ciudad:	Firma del responsable de la entrevista	
Departamento:		
Fecha:		