

FIANZA DE CALIDAD DE OBRA

SOLICITUD DE FIANZA

I. DATOS GENERALES DE LA FIANZA

Tipo de Fianza			
Sostenimiento de Oferta <input type="checkbox"/>	Cumplimiento de Contrato <input type="checkbox"/>	Anticipo <input type="checkbox"/>	Calidad de Obra <input type="checkbox"/>
Monto de la Fianza: _____		Prima Total: _____	
Vigencia			
Desde:	al mediodía	Hasta:	al mediodía
Información sobre el Contrato			
Nombre o descripción:		Ubicación:	

II. TIPO DE PERSONA

Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Comerciante Individual <input type="checkbox"/>
Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/>	Entidad Supervisada <input type="checkbox"/>	ONG <input type="checkbox"/>
		APNFD <input type="checkbox"/>

III. DATOS GENERALES DEL AFIANZADO Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial		Fecha de Constitución				
				Día Mes Año				
R.T.N. / R.U.C.		No. de Inscripción en Registro Mercantil		Objeto Social y/o Actividad Económica				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido De Casada				
Identidad No.:		Tipo de Identificación						
		Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet Residencia. <input type="checkbox"/>				
R.T.N. No.:		Fecha de Nacimiento		Edad				
		Día:	Mes:	Año:				
Lugar de Nacimiento				Nacionalidad (es):				
				Municipio Departamento País				
Género	Estado Civil							
Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Divorciado (a) <input type="checkbox"/>	Separado (a) <input type="checkbox"/>	
Nombre completo del Cónyuge		No. Identidad del Cónyuge						
¿Es su Cónyuge una persona políticamente expuesta (PEP)?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es positiva, favor completar la siguiente información:		
Lugar de nacimiento del Cónyuge: _____								

Género: Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/>		Nacionalidad (es): _____	
Ocupación del Cónyuge: _____		Profesión del Cónyuge: _____			
Dirección Completa de Residencia del Afianzado y/o Representante Legal					
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia:		
Bloque No:	Casa No.:	Calle:	Avenida:		
Otras referencias o señas:					
Teléfono Fijo:	Celular:	Otro Teléfono:	Fax:		
Correo Electrónico:					
Profesión u oficio:					
Origen de sus Recursos del Afianzado y/o Representante Legal					
Actividad económica principal:					
Ocupación actual: Asalariado <input type="checkbox"/>		Pensionado <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Otros _____
Posee Negocio Propio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del Negocio (Si aplica):			Giro o actividad económica del negocio:	
Nombre empresa donde labora:		Posición/ Cargo que desempeña:			Fecha de Empleo Día: _____ Mes: _____ Año: _____
Dirección Completa de la Empresa donde Labora el Afianzado y/o Representante Legal					
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia:		
Bloque No:	Edificio:	Calle:	Avenida:		
Teléfono No:		Fax No:		Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:		Sitio Web:			

IV. INFORMACIÓN DE SEGUROS

Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre de la Aseguradora:
Tipo (s) de Seguro (s):		Suma (s) Asegurada (s):

V. COBERTURA

La Afianzadora mediante el presente contrato, se obliga a pagar o cumplir la(s) obligación(es) garantizada(s) descritas en las Condiciones Particulares y en el Contrato firmado entre el Beneficiario y el Afianzado con sus Anexos, en el caso de incumplimiento por parte del Afianzado de las obligaciones de corrección de defectos o vicios en los trabajos contratados, y siempre que dicho incumplimiento genere perjuicios pecuniarios al Beneficiario, los cuales sean efectivamente comprobados y sufridos por dicho Beneficiario.

V. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre Completo	Identidad / R.T.N.	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

Dirección del Beneficiario

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Bloque No:	Edificio:	Calle:	Avenida:
Teléfono No:	Fax No:	Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:			
Sitio Web:			

VI. DATOS DEL BENEFICIARIO FINAL
¿Actúa en nombre propio?

 SI NO
En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

Nombre Completo	Identidad / R.T.N.	Parentesco	Participación %	Relación (Marque con una X)		¿ES UN PEP? SI / NO
				Financiera	Personal	

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Afianzado: _____ Firma del Afianzado: _____

Nombre del Intermediario: _____ Firma del Intermediario: _____