

### REGISTRO DE FIRMAS AUTORIZADAS

Fecha	Asesor Comercial
DD MM AAAA	

#### TRÁMITE PARA REALIZAR

Persona Natural <input type="checkbox"/> Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Vinculación <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/>	En caso de actualización especifique Eliminación <input type="checkbox"/> Sustitución <input type="checkbox"/> Adición <input type="checkbox"/>	En caso de sustitución o eliminación, mencione el nombre y cédula de la firma autorizada anterior Nombre _____ Número de identificación _____	Código anterior: _____ Campo para ser diligenciado por Información de Clientes.
---	--	---	---	--

#### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Diligenciar solo si se trata de una Actualización

Nombre del Cliente/ Razón Social	Tipo de Identificación	Número de Identificación del Cliente	D.V. Digito de Verificación
	<input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> F.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> R.C <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.P <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> CAN <input type="checkbox"/> SE/SinNIT		

### REGISTRO DE FIRMAS AUTORIZADAS

¿Desea autorizar el uso de firmas electrónicas y digitales para el intercambio de correspondencia con Corficolombiana y sus filiales financieras?  
**Si**  **No**

**Responsabilidad por el uso de firmas electrónicas:**  
**Acepto la plena validez y oponibilidad de los documentos que sean suscritos y remitidos de esta manera, a los cuales les reconozco la misma eficacia de los documentos suscritos con firma manuscrita original.**

INFORMACIÓN DEL AUTORIZADO	FIRMA MANUSCRITA	FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL:	CLASE DE FIRMA
Apoderado <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Beneficiario (Solo Persona Natural) <input type="checkbox"/> Nombre _____ Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Número de Identificación _____ <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.P <input type="checkbox"/> SE/Sin NIT _____		Correo electrónico: _____ Celular: _____ Campo para ser diligenciado por Información de Clientes: _____ Código Cliente _____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
Apoderado <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Beneficiario (Solo Persona Natural) <input type="checkbox"/> Nombre _____ Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Número de Identificación _____ <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.P <input type="checkbox"/> SE/Sin NIT _____		Correo electrónico: _____ Celular: _____ Campo para ser diligenciado por Información de Clientes: _____ Código Cliente _____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
Apoderado <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Beneficiario (Solo Persona Natural) <input type="checkbox"/> Nombre _____ Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Número de Identificación _____ <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.P <input type="checkbox"/> SE/Sin NIT _____		Correo electrónico: _____ Celular: _____ Campo para ser diligenciado por Información de Clientes: _____ Código Cliente _____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
Apoderado <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Beneficiario (Solo Persona Natural) <input type="checkbox"/> Nombre _____ Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Número de Identificación _____ <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.P <input type="checkbox"/> SE/Sin NIT _____		Correo electrónico: _____ Celular: _____ Campo para ser diligenciado por Información de Clientes: _____ Código Cliente _____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D

#### FIRMA TITULAR / REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_