

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURIDICA- SECTOR ASEGURADOR

Fecha Diligenciamiento	29/10/2019	Ciudad	BOGOTÁ	Sucursal	CALI	Tipo Solicitud	
EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.							
CLASE DE VINCULACIÓN:	Tomador <input type="radio"/>	Asegurado <input checked="" type="radio"/>	Beneficiario <input type="radio"/>	Afianzado <input type="radio"/>	Proveedor <input checked="" type="radio"/>	Intermediario <input checked="" type="radio"/>	Otro <input type="text"/>
Residencia de la Sociedad	Nacional						
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).							
Tomador - Asegurado	<input checked="" type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cual:		
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input checked="" type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cual:		
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input checked="" type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cual:		

1. INFORMACIÓN BÁSICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	SILAT LTDA			TIPO DE DOCUMENTO	NIT		
NIT	830032552	DV	2	OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN	rev	TIPO DE EMPRESA	Privada
CIU	Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca			CIU (Cod)	1200	SECTOR	Agropecuadio
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	CIUDAD	BOGOTÁ	TELÉFONO	315233333	E-MAIL	xx@gmail.com
SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN	N/A	DEPARTAMENTO	Cundinamarca	CIUDAD		TELÉFONO	

Representante Legal

REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO	SUAREZ	SEGUNDO APELLIDO	JIMENE	NOMBRES	NICOLAS		
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	1020825805	FECHA DE EXPEDICIÓN	1/01/2019	LUGAR DE EXPEDICIÓN	TARAPACA
FECHA DE NACIMIENTO	20/05/1997	LUGAR DE NACIMIENTO	A CIUDAD DE CAR	NACIONALIDAD 1	COL	NACIONALIDAD 2	N/A
E-MAIL	n_suarez@gmail.com		DIRECCIÓN (Residencia)	AV 1 DE MAYO		CIUDAD	TARAPACA
DEPARTAMENTO	Antioquia	PAÍS	COL	TELÉFONO	8137358	CELULAR	3152333321
¿Alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva). ¿es una Persona Públicamente Expuesta? (Ver definición de administrador, PPE y vinculados en el pie de página).				<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Si la respuesta es afirmativa, sírvase diligenciar la sección para el conocimiento mejorado de personas públicamente expuestas			
¿Por su cargo o actividad, alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva) administra recursos públicos?				<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Indique: N/A			

Accionistas

Instrucciones de diligenciamiento: 1) Por favor relacione los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del Capital Social, aporte o participación.
 2) Si el accionista o asociado relacionado en la siguiente sección es una persona Jurídica que no cotiza en bolsa, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección para el conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales, y suministre esta información para todos los accionistas/asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control final sobre la entidad. (En caso de requerir mas espacio debe anexar una relación por separado)
 3) Si alguno de los accionistas o asociados (personas naturales) es una Persona Expuesta Públicamente, sírvase diligenciar la sección correspondiente (abajo dispuesta)

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	% Participación	¿Es Persona Jurídica que cotiza en Bolsa?	¿Es Persona Públicamente Expuesta, o vinculado con una de ellas?, (aplica únicamente para personas naturales).	¿Es sujeto de tributación en otro país u otro grupo de países?, Indique cual(es)
C.C.	123456	Nicolas	50	No	No	USA
	0					
	0					
	0					
	0					

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al (Decreto 1674 de 2016)-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

Administradores (Ley 222 de 1995, art.22): Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detentan esas funciones.

Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

Nota interpretativa Recomendación 24-GAFI:

Como parte del proceso para asegurar que exista una transparencia adecuada sobre las personas jurídicas, los países deben contar con mecanismos que o Identifiquen y describan los diferentes tipos, formas y características básicas de las personas jurídicas en el país. o Identifiquen y describan los procesos para: (i) la creación de esas personas jurídicas; y (ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario final; o pongan a disposición del público la anterior información; y o evalúen los riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo asociados a diferentes tipos de personas jurídicas creadas en el país.

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo/Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación
1	NICOLAS	C.C.	1020825805	COLOMBIA	AJG	INGENIERO	28/09/2018
			0				00/00/00
			0				00/00/00
			0				00/00/00
			0				00/00/00
			0				00/00/00
			0				00/00/00

* Vínculo/Relación

1. Representantes legales 2. Miembros de la Junta Directiva 3. Accionistas

Conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales					
NUMERO ID	NOMBRE	NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA SOCIEDAD DE LA QUE ES ACCIONISTA	TIPO ID	ID	% Participación
1	NICOLAS	SILAT LDTS	C.C.	1	50
0				0	0
0				0	0
0				0	0
0				0	0
0				0	0
0				0	0

Información Financiera			
INGRESOS MENSUALES (Pesos)	1	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	1
PASIVOS (Pesos)	1	PATRIMONIO	10
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS		ACTIVOS (Pesos)	1
		OTROS INGRESOS	0

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.

3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. Los recursos que posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente

Origen de Fondos:

DESARROLLO DE SOFTWARE

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

☒ SI

☐ NO

CUAL

Exportaciones

INDIQUE OTRAS OPERACIONES

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?

☐ SI

☒ NO

¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?

☐ SI

☒ NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA
A	W54ASDsff	SILAT	11254	BOGOTA	COLOMBIA	10
						0
						0

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- Fotocopia del documento de identidad del representante legal, ampliada al 150%
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente no mayor a 30 días,
- Inventario general de los bienes objeto del seguro

Adicionalmente la aseguradora podrá requerir otros documentos de acuerdo con sus políticas, tales como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

☐ SI

☐ NO

AÑO	RAMO	COMPañIA	VALOR	RESULTADO
0			0	
0			0	

Este formulario contiene las disposiciones establecidas en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es)

Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono
SBS Seguros Colombia S.A. Avenida Cra 9 No. 101 - 67, Piso 7 Teléfono: (1)3138700	Allianz Carrera 13 A No. 29-24 Teléfono: (1)5600600	Aseguradora Solidaria Calle 100 No. 9A-45 Teléfono: (1)6464330

BBVA Seguros Carrera 15 No. 95 65 Piso 6 Teléfono: (1)2191100	Cardif Carrera 7a No. 75 - 66 Teléfono: (1)7444040	JMalucelli Travelers Seguros S.A Calle 98 No. 21-50 Teléfono: (1)7039052
CHUBB Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B, Piso 7, Edificio BVC	Confianza S.A. Calle 82 No. 11-37	Bolívar Av. Dorado No. 68B-31

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS**. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) **LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS** que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) **FASECOLDA, INVERFAS S.A.** y el **INIF**, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

6. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008. En especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre nosotros.

7. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los Responsables del tratamiento de la información son **LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS**, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

a) **FASECOLDA** cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) **INVERFAS S.A.** cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) **INIF** - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.



Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

III. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

IV. CERTIFICACION: Manifestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente en la Ley 1581 de 2012 y (ii) que, existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O LOS INTERMEDIARIOS** señalados en este documento.

6. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día ____ Mes ____ Año ____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

Nombre del Intermediario _____

Nombre del Asesor _____

Resultado de la Entrevista: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día ____ Mes ____ Año ____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica _____

Firma _____

Observaciones: _____
