	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI- 15
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Página 1 de 5

1 OBJETIVO

Brindar la información para el correcto diligenciamiento del “Formato Conocimiento del Cliente Simplificado y Acuerdo De Responsabilidad Para Tratamiento De Datos Personales”, dentro del proceso de conocimiento de cliente de asegurados, tomadores o beneficiarios en la vinculación con la Compañía.

2 ALCANCE

El Presente documento aplica para los clientes asociados a procesos de Suscripción de Seguros y procesos de Indemnización con valor asegurado igual o inferior a 135 SMMLV y (ii) que el máximo pago anual de la prima sea igual o inferior a 6 SMMLV. En caso de ser ramo inequívoco, no es necesario que el cliente diligencie el Formato Conocimiento de Cliente Simplificado y Acuerdo de Responsabilidad, ni el Formato Único de conocimiento del Cliente. El formato objeto de este instructivo es gestionado a través de la Gerencia Oficial de Cumplimiento y debe ser cargado en la plataforma que dicha Gerencia tiene dispuesto para tal fin.

3 DEFINICIONES

- **Código CIIU:** Es una clasificación uniforme de las actividades económicas por procesos productivos. Su objetivo principal es proporcionar un conjunto de categorías de actividades que se puedan utilizar al elaborar estadísticas sobre ellas.

Tiene por objeto satisfacer las necesidades de los que buscan datos clasificados referentes a categorías comparables internacionalmente de tipos específicos de actividades económicas.

- **Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS):** es un registro que proporciona a los consumidores financieros información actualizada y relevante sobre las personas naturales vinculadas (PNV) que ejercen labores de colocación de seguros, bien sea porque están directamente vinculados a las entidades aseguradoras, porque ejercen la intermediación de seguros o porque se encuentran vinculados a un intermediario de seguros.
- **Otros ingresos mensuales:** Son los ingresos adicionales que tiene la entidad por otras actividades económicas diferentes a su actividad principal.

4 CONTENIDO - IMAGEN DEL FORMATO

Para la lectura del instructivo tenga en cuenta la descripción de las partes de la siguiente manera:



FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Aseguradora Solidaria de Colombia
NET. 818.824.644

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL

1. TIPO DE DOCUMENTO: CC CE TI PASAPORTE OTRO CUÁL: _____ No. _____

2. LUGAR DE EXPEDICIÓN: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

DIRECCIÓN DOMICILIO _____ TELÉFONO DOMICILIO _____ CIUDAD/MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO CELULAR _____ OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX _____

DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: _____ NIT: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

CORREO FACTURA ELECTRÓNICA: _____ TELÉFONO CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA: _____

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

TIPO DE DOCUMENTO: CC CE PASAPORTE OTRO CUÁL: _____ No. _____

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ CIUDAD/MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

TELÉFONO CELULAR _____ OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX _____

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASESORES QUE TENGAN DERECHO DE VOTO EN EL CAPITAL SOCIAL O PARTICIPACION (EN CASO DE REPRESENTAR MAS ESPACIO DEBE ANEXIARLA RELACION)

No.	RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	LA PARTICIPACION	¿ER CONSIDERADO PRES?
1.							<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.							<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.							<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.							<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.							<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CONSTANCIA DE ASESORIA

1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de la póliza.
2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
3. El proceso de atención de reclamaciones.
4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1326 de 2000.
5. La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
8. El procedimiento, pólizas y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 4 y 6 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al titular, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de hábitas data.
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el titular.
3. Garantizar que la información que se suministra a la Aseguradora sea verídica, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible.
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado.
5. Adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada.
6. Rectificar la información cuando sea inexacta y comunicarlo a la Aseguradora.
7. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley.
8. Engrar a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del titular.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que trató los datos será la señalada por el tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato.
4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales , instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones, como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los titulares.

Parágrafo: Este acuerdo es aplicable para los Contratos de Seguro, donde el tomador es diferente al asegurado. Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. adquiere la calidad de encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien es el responsable de la información.

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, actualizar, conservar, compartir, modificar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de información o bases de datos debidamente consultadas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

CONDICIONES:

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y financiación del terrorismo.
2. Que conforme con el dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requiere de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012.
4. Que los datos personales adicionales para el estudio Monitor del riesgo asegurable y reasegurables se estarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado (1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Gestión de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co> (2) Que son facultados las respuestas a las preguntas sobre datos de mis hijos, nietos, abuelos y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responder a las preguntas sobre la información, me asistió los derechos previstos en las leyes 1250 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@aseguradorasolidaria.com.co

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliados en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

(I) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, comparente contractual y proveedor (i) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual (ii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre, (iii) El control y la prevención del fraude, (iv) La liquidación y pago de siniestros, (v) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de Cartera, (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguros Social Integral (vii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, (viii) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios financieros, a la actividad aseguradora, (ix) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA VIO EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, (x) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, (xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo, (xii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aun después de mi fallecimiento; entendiendo las posibilidades de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, (xiii) Recolectar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con lo mismo previsto en el menor caso al artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, (xiv) Transferir mis datos personales a terceros, países siempre que se requiera cumplir las finalidades descriptas o se encuentre estipulada por el artículo 25 de la Ley 1581 de 2012.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados por las finalidades mencionadas: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA, (i) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA VIO EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: auditadas, custodios, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros, (ii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS, que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro, (iii) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA VIO EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, celebre o gestione para efectos de celebrar contratos de Consorcio o Reaseguro, y FASECOLDA, INVESTIGAS S.A. y las INF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraude, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguros Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparan, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de lo previsto en el literal ii) del parágrafo anterior, serán entre otros:

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

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA
Tipo de Documento: _____


OBSERVACION HUELLA

4.1 DATOS SOLICITANTES PERSONA NATURAL

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL

TIPO DE DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA	MES	AÑO
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL: _____ No. _____	_____	_____	_____	_____	_____
PRIMER APELLIDO _____	PRIMER NOMBRE _____	SEGUNDO NOMBRE _____			
DIRECCIÓN DOMICILIO _____	TELÉFONO DOMICILIO _____	CIUDAD/MUNICIPIO _____	DEPARTAMENTO _____		
CORREO ELECTRÓNICO _____	TELÉFONO CELULAR _____	OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX _____			
CORREO FACTURA ELECTRÓNICA _____	TELÉFONO/CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA _____				

- a. Tipo de documento:** Marque con X el tipo de documento de identidad, escriba el número correspondiente.
- b. Lugar y fecha de expedición:** Escriba el lugar de expedición del documento de identidad, indicando día, mes y año.
- c. Primer Apellido - Segundo Apellido:** Escriba el primer y/o segundo apellido del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.


	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI- 15
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Página 3 de 5

- d. **Primer Nombre - Segundo Nombre:** Escriba el primer y/o segundo nombre del Tomador, asegurado o beneficiario según corresponda.
- e. **Dirección domicilio:** Escriba la dirección del domicilio de la persona natural.
- f. **Teléfono domicilio:** Escriba el número de telefónico del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- g. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la ciudad/Municipio en donde se ubica el domicilio del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- h. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la ciudad.
- i. **Correo Electrónico:** Escriba el correo electrónico del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- j. **Teléfono Celular:** Escriba el número de celular del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- k. **Otro teléfono /Fijo/Fax:** Escriba otro número de telefónico fijo y/o fax del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- l. **Correo factura electrónica:** Escriba el correo registrado en la DIAN para Facturación electrónica.
- m. **teléfono/ celular Factura electrónica:** Escribir el teléfono /celular registrado en la DIAN para Facturación electrónica

4.2 DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA

DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA									
RAZÓN SOCIAL (a)				NIT (b)		CORREO ELECTRÓNICO			
CORREO FACTURA ELECTRÓNICA (c)				TELÉFONO/CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA (d)					
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO (e)		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE (f)		SEGUNDO NOMBRE		
	TIPO DE DOCUMENTO (g)				LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN (h)		DÍA	MES	AÑO
	DIRECCIÓN DOMICILIO (i)			TELÉFONO/CELULAR (j)		CORREO ELECTRÓNICO (k)		CIUDAD/MUNICIPIO (l)	DEPARTAMENTO (m)

- a. **Razón social:** Escriba el nombre de la entidad a vincular.
- b. **NIT:** Escriba el NIT de la razón social anteriormente descrita.
- c. **Correo factura electrónica:** Escriba el correo registrado en la DIAN para Facturación electrónica.
- d. **teléfono/ celular Factura electrónica:** Escribir el teléfono /celular registrado en la DIAN para Facturación electrónica
- e. **Primer Apellido - Segundo Apellido:** Escriba el primer y segundo apellido del representante legal de la razón social descrita.
- f. **Primer Nombre - Segundo Nombre:** Escriba el primer y segundo nombre del representante legal de la razón social descrita.
- g. **Tipo de documento y número:** Marque con (X) el tipo de documento de identidad del representante legal y escriba el número correspondiente.
- h. **Lugar y fecha de expedición:** Escriba el lugar de expedición del documento de identidad del representante legal indicando día, mes y año.
- i. **Dirección domicilio:** Escriba la dirección del domicilio del representante legal.

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI- 15
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Página 4 de 5

- j. **Teléfono:** Escriba el teléfono del domicilio del representante legal.
- k. **Correo electrónico:** Escriba un correo electrónico de contacto de la entidad a vincular.
- l. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la Ciudad/Municipio en donde se ubica el domicilio del representante legal.
- m. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la ciudad de domicilio del representante legal.



4.3 IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN


IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)								
No.	T.DOC	N°.DOC	PRIMER APELLIDO /RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	ES CONSIDERADO PEP
1.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.		a		b			c	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> d
3.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Aplica solamente para accionistas, socios o aportantes de la entidad/empresa a vincular que tengan una participación superior al 5% de la misma.

- a. **Tipo y Número de Documento:** Escriba el tipo y número de documento de identidad (persona natural) o (persona jurídica) de todos los accionistas, socios o aportantes de la entidad/empresa a vincular y que tengan una participación superior al 5% de la misma.
- b. **Razón Social o Nombre completo (Apellidos y Nombres):** Escriba la Razón Social o el nombre (1° y/o 2° Apellidos y 1° y/o 2° Nombres) de los accionistas, socios o aportantes descritos anteriormente en cada una de las filas.
- c. **Porcentaje de participación:** Escriba el porcentaje de participación de cada socio descrito anteriormente.
- d. **Es considerado PEP:** Seleccione SI o NO el accionista, socio o aportante es considerado una persona políticamente expuesta (PEP).

4.4 FIRMA Y HUELLA

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 a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.		
 _____ NOMBRE	 <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; text-align: center; vertical-align: middle;">HUELLA</div> _____ FIRMA C.C.	_____ OBSERVACION HUELLA

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI- 15
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Página 5 de 5

- a. Diligencie los datos solicitados: Día – Mes – Año – Ciudad, en que se diligencia el documento, nombre, firma y cédula del Representante Legal de la compañía a vincular.
- b. Plasme la huella de la Persona natural de quién se diligenció la información en el formato; en el caso de Personas Jurídicas: estampe la huella del Representante Legal de la compañía a vincular. Finalmente, en “Observación Huella” refiera el nombre del dedo y la mano con la cual se plasmó la impresión dactilar de la huella, en caso de no corresponder al índice derecho.

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Vigente hasta	Cambio	Elaboró	Aprobó
1	Julio 2023	Se actualiza instructivo ya que se incluye los siguientes campos: Correo factura electrónica Teléfono /celular correo factura electrónica	Sandra Baron	Alexander Galindo