

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-3
	PROCEDIMIENTO	Versión: 5
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 1 de 6

1 OBJETIVO

Brindar la información para el correcto diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento del Cliente - Persona Natural, para la vinculación de un asegurado, tomador o beneficiario con la Compañía.

2 ALCANCE

El Presente documento aplica para todos los procesos de Suscripción e Indemnización de Seguros, y es gestionado a través de la Gerencia Oficial de Cumplimiento.

3 DEFINICIONES

- **Código CIU:** 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 por vinculación laboral, mesadas pensionales independiente por cuenta propia u otros contratos.
- **Pensionado:** Es la persona que ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para pensión.

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-3
	PROCEDIMIENTO	Versión: 5
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 3 de 6

4.1 PRIMERA PARTE:

El colaborador de la Agencia Propia o SEAS o el Intermediario debe diligenciar los espacios según corresponda (Suscripción de póliza o reclamación por siniestros)

SUSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/>	SINIESTROS <input type="checkbox"/>
SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> SIN VÍNCULO <input type="checkbox"/>	

Señale con x el vínculo de acuerdo con la relación que se tenga con el Tomador.

4.2 SEGUNDA PARTE: DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL

El Cliente debe diligenciar:

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR – ASEGURADO - BENEFICIARIO)																			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL: _____ No. a				LUGAR DE EXPEDICIÓN b		FECHA DE EXPEDICIÓN		DÍA		MES		AÑO							
PRIMER APELLIDO c			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE d			SEGUNDO NOMBRE										
DIRECCIÓN DOMICILIO e						CIUDAD/MUNICIPIO f			DEPARTAMENTO										
CORREO ELECTRÓNICO h				CELULAR i		TELÉFONO DOMICILIO Opcional			NACIONALIDAD j										
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL l									
								SOLTERO <input type="checkbox"/>		VIUDO <input type="checkbox"/>		UNION LIBRE <input type="checkbox"/>		CASADO <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO <input type="checkbox"/>			
CORREO FACTURA ELECTRONICA m								TELÉFONO/CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA n											
ACTIVIDAD ECONÓMICA o										CODIGO CIUU (*) p									
ASALARIADO <input type="checkbox"/>										ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>		SOCIO <input type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/>		RENTISTA <input type="checkbox"/>		¿OTRO? <input type="checkbox"/>	
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP): q																			
1. ¿Es Usted una Persona Políticamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				2. ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				3. ¿Es Usted un PEP extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
4. ¿Es Usted familiar de una PEP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																			
En caso de diligenciar Si, por favor detalle sus relacionados:																			
Número de documento _____				Nombre Completo _____				Vínculo con la PEP _____											
Número de documento _____				Nombre Completo _____				Vínculo con la PEP _____											
Número de documento _____				Nombre Completo _____				Vínculo con la PEP _____											
<small>Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, 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. Vínculo / Relación: I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).</small>																			

- 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.
- 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.

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-3
	PROCEDIMIENTO	Versión: 5
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 4 de 6

- f. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la ciudad/Municipio en donde se ubica el domicilio del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- g. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la ciudad.
- h. **Correo Electrónico:** Escriba el correo electrónico del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- i. **Teléfono Celular:** Escriba el número de celular del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- j. **Nacionalidad:** Escriba el país de origen del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- k. **Lugar y fecha de nacimiento:** Registre en formato día, mes y año la fecha de nacimiento y el lugar.
Sexo: Seleccione el género según el caso, masculino o femenino.
- l. **Estado civil:** Seleccione el estado civil del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda según sea el caso.
- m. **Correo Factura Electrónica:** Escribir el correo electrónico registrado en la Dian para el envío de Factura electrónica
- n. **Teléfono/Celular Factura electrónica:** Escribir el número de teléfono o celular registrado en la Dian
- o. **Actividad Económica:** Seleccione el sector, en caso de seleccionar otro indique el detalle.
- p. **Código CIU:** Este espacio es de uso exclusivo de Aseguradora Solidaria de Colombia.
- q. **Marque con una (X),** Según corresponda, por su perfil, cargo o profesión: Conteste las preguntas enunciadas, en caso de ser familiar o asociado de una Persona Expuesta Políticamente indique número de documento, Nombre completo y Vinculo PEP.

4.3 TERCERA PARTE: INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL			
INGRESO MENSUAL \$	a	OTROS INGRESOS MENSUALES \$	b
TOTAL INGRESOS MENSUALES \$	c	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$	d
TOTAL ACTIVOS \$	e	TOTAL PASIVOS \$	f
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS	g		

- a. **Ingreso mensual:** Escriba el valor de los ingresos mensuales del Tomador/ Asegurado/Beneficiario.
- b. **Otros ingresos mensuales:** escriba el valor de los ingresos adicionales del Tomador/ Asegurado/Beneficiario.
- c. **Total ingresos mensuales:** Escriba el valor total de los ingresos (ingresos + otros)
- d. **Total egresos mensuales:** Escriba el total de gastos mensuales del Tomador/ Asegurado/Beneficiario.
- e. **Total activos:** Escriba el valor total de los bienes que posee el tomador/asegurado/beneficiario.
- f. **Total pasivos:** Escriba total de las deudas que posee el Tomador/ Asegurado/Beneficiario..
- g. **Indique el concepto de otros ingresos:** Describa el concepto por los otros ingresos mensuales.

4.4 ACTIVIDADES DE OPERACIONES INTERNACIONALES

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-3
	PROCEDIMIENTO	Versión: 5
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 5 de 6

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES							
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	PRÉSTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/>	PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>		
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____							
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA	

- Realiza Transacciones en moneda extranjera:** Seleccione SI o NO según corresponda, si su respuesta es SI, seleccione la opción que corresponda.
- Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos:** Responda SI o NO según corresponda.
- Tipo de Producto:** En caso de realizar transacciones en moneda extranjera escriba el tipo de producto, identificación del producto, nombre de entidad con quien se realiza la transacción, valor de la transacción, ciudad donde se realiza la transacción, país con quien realiza la transacción, moneda en que se realiza la transacción.

4.5 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS	
Declaro expresamente que:	
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.	
2. La información que he suministrado en éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.	
3. Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.	
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.	
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): _____	
6. Origen de ingresos: De mi actividad económica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____	

Lea detenidamente la declaración de origen de fondos teniendo en cuenta los 6 numerales y diligencie el origen de sus fondos como persona natural.

- Origen de Ingresos:** Marque con una (X) de donde proviene sus ingresos *Actividad Económica* u *Otros*; en caso de marcar “*Otros*” continúe diligenciando de donde procede sus ingresos

4.6 SEXTA PARTE: 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	FIRMA C.C.	OBSERVACIÓN HUELLA

- Diligencie los datos solicitados,** Día – Mes – Año – Ciudad, en que se diligencia el documento, nombre, firma y cédula del Tomador/ Asegurado/Beneficiario.

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-3
	PROCEDIMIENTO	Versión: 5
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 6 de 6

- b. **Huella:** Coloque la huella del Tomador/ Asegurado/Beneficiario y enuncie el nombre del dedo y la mano a la que hace referencia la huella en caso de no corresponder al índice derecho.

4.7 INFORMACION ENTREVISTA (Solo aplica para Suscripciones)

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)	
LUGAR DE ENTREVISTA _____	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____ a	
RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____	
b _____ FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA	En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación. c _____ FIRMA DEL INTERMEDIARIO
CARGO	CARGO

- a. **Información Entrevista (Solamente para Suscripción):** Este espacio es de uso exclusivo para la Aseguradora o el intermediario de seguros dependiendo si el cliente es directo o a través del intermediario.
- b. **Firma del funcionario Aseguradora Solidaria y Cargo:** El funcionario de la aseguradora debe diligenciar su cargo y firmar cuando la entrevista no ha sido realizada por el intermediario de seguros.
- c. **Firma del Intermediario y Cargo:** Lea con atención el texto enunciado, posteriormente firmar y escribir el cargo.

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Vigente hasta	Cambio	Elaboró	Aprobó
1	Abril 2016	Actualización general de los campos del instructivo y las imágenes del formato FUCC.	Andrea Chaustre Santos	Alexander Galindo Beltrán
2	Marzo 2019	Actualización general de las autorizaciones de tratamiento de datos personales, reporte a centrales de riesgos, acuerdos de responsabilidad y uso de firma digital o electrónica	Camilo Silva	Alexander Galindo Beltrán
3	julio de 2021	Se Actualiza según la normatividad vigente Sarlaft 4.0	Nelly Beltrán /Sandra Barón	Alexander Galindo Beltrán
4	Julio de 2023	Se Actualiza las políticas Autorización para reporte a centrales de riegos y Autorización de protección de datos personales. Se incluye los siguiente campos (Correo Electrónico Factura electrónica / teléfono /celular Factura electrónica	Sandra Baron	Alexander Galindo Beltrán