

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-4
	PROCEDIMIENTO	Versión: 3
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA	Página 1 de 9

## 1 OBJETIVO

Brindar la información para el correcto diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento del Cliente Persona Jurídica, 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 que tiene la entidad por otras actividades económicas diferentes a su actividad principal.



**PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**

**PROCEDIMIENTO**

**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA**

Código: IN-GCLI-4

Versión: 3

Página 2 de 9

### 4 CONTENIDO - IMAGEN DEL FORMATO

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

**Nota:** Las partes con asterisco (\*) son de uso exclusivo de la Aseguradora.

#### 4.1 PRIMERA PARTE:

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

SUSCRIPCIÓN  SINIESTROS

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL  FAMILIAR  COMERCIAL  SIN VÍNCULO

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

	<b>PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Código: IN-GCLI-4
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 3
	<b>INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA</b>	Página 3 de 9

## 4.2 SEGUNDA PARTE: DATOS SOLICITANTE PERSONA JURIDICA

DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA						
RAZÓN SOCIAL		NIT		CORREO ELECTRÓNICO		
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
	TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No.		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA	MES	AÑO
	DIRECCIÓN DOMICILIO		TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
TIPO DE EMPRESA PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> SECTOR SOLIDARIO <input type="checkbox"/>		TIPO DE SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> LIMITADA <input type="checkbox"/>	SOCIEDAD COLECTIVA <input type="checkbox"/> SOC. COMANDITA X <input type="checkbox"/> ACCIONES <input type="checkbox"/>	SAS <input type="checkbox"/> SOC. COMANDITA SIMPLE <input type="checkbox"/>		
ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> SERV. FINANCIEROS <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/>					CÓDIGO (*) CIU	
DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL		TELÉFONO/FAX	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
DIRECCIÓN SUCURSAL		TELÉFONO/FAX	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
PERSONA DE CONTACTO			TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO		

- a. **Razón social:** Escriba el nombre de la entidad a vincular.
- b. **NIT:** Escriba el NIT de la razón social anteriormente descrita.
- c. **Correo electrónico:** Escriba un correo electrónico de contacto de la entidad a vincular.
- d. **Primer Apellido - Segundo Apellido:** Escriba el primer y segundo apellido del representante legal de la razón social descrita.
- e. **Primer Nombre - Segundo Nombre:** Escriba el primer y segundo nombre del representante legal de la razón social descrita.
- f. **Tipo de documento y número:** Marque con (X) el tipo de documento de identidad del representante legal y escriba el número correspondiente.
- g. **Lugar y fecha de expedición:** Escriba el lugar de expedición del documento de identidad del representante legal indicando día, mes y año.
- h. **Dirección domicilio:** Escriba la dirección del domicilio del representante legal.
- i. **Teléfono:** Escriba el teléfono del domicilio del representante legal.
- j. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la Ciudad/Municipio en donde se ubica el domicilio del representante legal.
- k. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la ciudad de domicilio del representante legal.
- l. **Tipo de empresa:** Seleccione el tipo de empresa correspondiente a la razón social especificada.
- m. **Tipo de sociedad:** Seleccione el tipo de sociedad (contrato de constitución de persona jurídica) correspondiente a la razón social especificada.
- n. **Actividad económica:** Seleccione la actividad económica de la entidad a vincular; en caso de seleccionar “otro”, por favor describa el detalle de la actividad económica correspondiente.
- o. **Código CIU:** Este espacio es de uso exclusivo de Aseguradora Solidaria de Colombia.

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-4
	PROCEDIMIENTO	Versión: 3
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA	Página 4 de 9

- p. **Dirección empresa oficina principal:** Escriba la dirección de la oficina principal de la entidad a vincular.
- q. **Teléfono/Fax:** Escriba el teléfono y/o fax de contacto de la oficina principal descrita anteriormente.
- r. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la Ciudad/Municipio en donde se ubica la oficina principal de la entidad a vincular.
- s. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la ciudad descrita anteriormente.
- t. **Dirección sucursal:** Escriba la dirección de una sucursal vinculada a la oficina principal descrita anteriormente.
- u. **Teléfono/Fax:** Escriba el teléfono y/o fax de contacto de la sucursal descrita anteriormente.
- v. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la Ciudad/Municipio en donde se ubica la sucursal descrita anteriormente.
- w. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la ciudad descrita anteriormente.
- x. **Persona de contacto:** Escriba el nombre de una persona de contacto (representante legal, socio, etc.) de la empresa a vincular.
- y. **Teléfono celular:** Escriba el teléfono celular de la persona de contacto descrita anteriormente.
- z. **Teléfono fijo:** Escriba el teléfono fijo de la persona de contacto descrita anteriormente.

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

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Tomador / Asegurado y/o Beneficiario

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)								
No.	T.DOC	Nº.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.

	<b>PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Código: IN-GCLI-4
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 3
	<b>INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA</b>	Página 5 de 9

- 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 MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA/ CONCEJO DE ADMINISTRACIÓN O SUS EQUIVALENTES

MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA/ CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN O SUS EQUIVALENTES							
No	T.Doc	N°. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO/RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	¿ES CONSIDERADO PEP?
1.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.		a		b			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> c
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"/>

- 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 miembros de junta directiva/ concejo de administración o sus equivalentes
- c. **Es considerado PEP:** Seleccione SI o NO del miembro de junta directiva/ concejo de administración o su equivalente es considerado una persona política expuesta (PEP).

#### 4.5 ¿ES CONSIDERADO PEP?

¿Es considerado PEP? Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ a

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 adicione 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.

- a. **Es considerado PEP:** Seleccione SI o NO el Representante Legal es considerado una persona políticamente expuesta (PEP).

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-4
	PROCEDIMIENTO	Versión: 3
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA	Página 6 de 9

#### 4.6 INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA JURÍDICA

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL			
INGRESO MENSUAL \$	OTROS INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$
TOTAL ACTIVOS \$		TOTAL PASIVOS \$	
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS			

Estos campos deben ser diligenciados por el Tomador / Asegurado y/o Beneficiario.

- a. **Ingreso mensual:** Escriba el valor de los ingresos mensuales de la entidad/empresa.
- b. **Otros ingresos mensuales:** Escriba el valor de los ingresos adicionales de la entidad/empresa.
- c. **Total ingresos mensuales:** Escriba el valor total de los ingresos (Ingreso mensual + Otros ingresos mensuales).
- d. **Total egresos mensuales:** Escriba el total de los gastos mensuales de la entidad/empresa.
- e. **Total activos - Total pasivos:** Escriba el valor total de los bienes y el total de las deudas que posee la entidad/empresa.
- f. **Indique el concepto de otros ingresos:** Describa los otros ingresos que puede poseer la entidad/empresa de acuerdo con lo diligenciado en la casilla “otros ingresos mensuales”.

#### 4.7 ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Tomador / Asegurado y/o Beneficiario.

ACTIVIDADES 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?	
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/> EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____							
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA	

- a. **Transacciones en moneda extranjera:** Marque con una (X) para declarar SI ó NO realiza transacciones en moneda extranjera; en caso de marcar “SI” continúe señalando el tipo de transacción. Si el tipo de transacción marcado es “otro”, por favor describa el detalle de la operación.
- b. Marque con una (X) para declarar si está sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos.
- c. **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.



	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-4
	PROCEDIMIENTO	Versión: 3
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA	Página 8 de 9

#### 4.11 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.	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             HUELLA           </div> _____ OBSERVACION HUELLA

- 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. Coloque la huella del Representante Legal de la compañía a vincular según indica el formato y en “Observación Huella” enuncie el nombre del dedo y la mano a la que hace referencia la huella en caso de no corresponder al índice derecho.

#### 4.12 INFORMACIÓN ENTREVISTA (Solo aplica para Suscripciones)

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)	
LUGAR DE ENTREVISTA _____	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____ <span style="float: right;">a</span>	
RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____	
<div style="text-align: center;">           _____            FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA         </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">           _____            CARGO         </div>	<div style="font-size: small; padding: 5px;">           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.         </div> <div style="text-align: center;">           _____            FIRMA DEL INTERMEDIARIO         </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">           _____            CARGO         </div>

- 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 diligencia 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.

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-4
	PROCEDIMIENTO	Versión: 3
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA	Página 9 de 9

## CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Vigente hasta	Cambio	Elaboró	Aprobó
1	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 Beltran
2	Julio 2021	Actualización por vigencia normatividad Sarlaft 4.0	Nelly Elizabeth Beltrán	Alexander Galindo Beltrán