

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-6
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA JURÍDICA	Página 1 de 12

1 OBJETIVO

Brindar la información para el correcto diligenciamiento del Formato de Solicitud de Vinculación de Intermediarios y Proveedores - 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 vinculación de proveedores o intermediarios con la compañía, y es gestionado a través de la Gerencia Oficial de Cumplimiento.

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 en 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 DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-6
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA JURÍDICA	Página 3 de 12

4.1 LOS CAMPOS CON ASTERISCO (*) SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

Seleccione el campo según corresponda (vinculación de Intermediarios o Proveedores) y si corresponde a una actualización o vinculación. La información de la Fecha de solicitud, Agencia / Área / Dependencia, y Clave del Intermediario son de uso exclusivo de la Aseguradora.

SOLICITUD DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES PERSONA JURÍDICA		 NIT. 860.524.654-6
INTERMEDIARIOS <input type="checkbox"/>	PROVEEDORES <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> VINCULACIÓN <input type="checkbox"/>
LOS CAMPOS CON ASTERISCO (*) SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA		
FECHA DE SOLICITUD (*)	AGENCIA / ÁREA / DEPENDENCIA DE ASEGURADORA SOLIDARIA (*)	CLAVE INTERMEDIARIO (*)

- a. **Fecha de solicitud:** Registre día, mes y año, en el que realiza la captura de la información en el sistema.
- b. **Agencia/Área/Dependencia de Aseguradora Solidaria:** Escriba la Agencia, Área y/o Dependencia donde se inscribe el Intermediario y/o proveedor.
- c. **Clave:** Escriba el código asignado por la Compañía al intermediario.

4.2 DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA			
RAZÓN SOCIAL		NIT	CORREO ELECTRÓNICO
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE
	TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No.	TELÉFONO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
	DIRECCIÓN DOMICILIO	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 ECONOMICA 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"/>	CODIGO (*) 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.

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-6
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA JURÍDICA	Página 4 de 12

- 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 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.
- 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.
- 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.

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-6
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA JURÍDICA	Página 5 de 12

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 Intermediario y/o Proveedor.

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	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 style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;"/> 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 de identidad:** 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 públicamente expuesta (PEP).

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

MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA/ CONCEJO 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 style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;"/> 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"/>

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-6
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA JURÍDICA	Página 6 de 12

- 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
<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 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.</small>

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

4.6 INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA JURÍDICA

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

Estos campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

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

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-6
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA JURÍDICA	Página 7 de 12

4.7 CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS					
RÉGIMEN COMÚN <input type="checkbox"/> a SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> b RESOLUCIÓN No. _____	AUTORETENEDOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> c RESOLUCIÓN No. _____	RESPONSABLE RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> d RESOLUCIÓN No. _____ POR QUÉ? _____	ICA COD. ACTIVIDAD _____ e TARIFAS _____	RETEICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> f

- a. **Régimen:** Seleccione el tipo de régimen al que pertenece (común- simplificado).
- b. **Gran contribuyente:** Seleccione si es gran contribuyente y escriba el número de la resolución.
- c. **Auto Retenedor:** Seleccione SI - NO y escriba el número de la resolución.
- d. **Responsable Renta:** Si es responsable, escriba el número de la resolución y defina por qué.
- e. **ICA. cod. Actividad:** Escriba el código y la tarifa del Ica (Impuesto de Industria, Comercio y Avisos).
- f. **Reteica:** Indique si es retenedor del ICA (Impuesto de Industria, Comercio y Avisos).

4.8 CLASE DE CONTRATO, CONVENIO O PRESTACIÓN DE SERVICIO QUE SOLICITA O POSEE ACTUALMENTE CON ASEGURADORA SOLIDARIA (SÓLO APLICA PARA PROVEEDORES)

Solo en caso de ser Proveedor, diligencie la siguiente información.

BIENES O SERVICIOS QUE OFRECE A ASEGURADORA SOLIDARIA (SOLO APLICA PARA PROVEEDORES)			
<input type="checkbox"/> PAPELERÍA. <input type="checkbox"/> ÚTILES DE OFICINA. a <input type="checkbox"/> ELEMENTOS DE OFICINA. <input type="checkbox"/> CAFETERÍA. <input type="checkbox"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS Y DE CÓMPUTO.	<input type="checkbox"/> EQUIPOS ELECTRÓNICOS. <input type="checkbox"/> INSTALACIONES FÍSICAS. <input type="checkbox"/> REDES. <input type="checkbox"/> SOFTWARE. <input type="checkbox"/> INSTALACIONES ELÉCTRICAS	<input type="checkbox"/> MOBILIARIO COMERCIAL CUÁL? _____ ASESORÍAS CUÁL? _____ b OUTSOURCING CUÁL? _____ SALUD CUÁL? _____ OTRO CUÁL? _____	
Declaro que SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tengo familiares funcionarios en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA. En caso afirmativo indique el nombre del funcionario _____ c			

- a. **Bienes y/o servicios:** Si aplica, seleccione la/s categoría/s de suministro/s y/o servicio/s según el tipo de contrato, convenio o prestación de servicios del Proveedor con Aseguradora Solidaria de Colombia, de lo contrario no seleccione ninguna de las opciones.
- b. **Comercial – Asesoría – Outsourcing – Salud – Otros:** Si aplica, describa el contrato, convenio o prestación de servicio Comercial, Asesoría, Outsourcing, de Salud u “otro” del Proveedor con Aseguradora Solidaria de Colombia, de lo contrario no escriba ningún tipo de información.

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-6
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA JURÍDICA	Página 8 de 12

c. Marque con una (X) para declarar SI ó NO tiene familiares que laboran en Aseguradora Solidaria de Colombia; en caso de marcar “SI”, por favor escriba el nombre del funcionario.

Nota: Lo descrito anteriormente sirve para identificar si puede existir algún tipo de conflicto de intereses entre diferentes partes.

4.9 NOTA (SÓLO APLICA PARA INTERMEDIARIOS)

Solo en caso de ser Intermediario, diligencie la siguiente información.

NOTA (SOLO APLICA PARA INTERMEDIARIOS)	
1. Acepto que la transferencia electrónica se realice únicamente previa presentación de las facturas y/o cuentas de cobro en las fechas establecidas por Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa.	
2. Autorizo a Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa utilizar la información contenida en este documento para girar a mi favor las comisiones por concepto de Intermediario de seguros de la Compañía. Así mismo me comprometo a comunicar cualquier cambio de información.	
3. Exonero a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa de toda responsabilidad por consignaciones efectuadas o dineros depositados con base en los datos aquí registrados.	
4. Autorizo de forma voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA para que envíe mensajes de texto gratuitos relativos a promociones, eventos, o cualquier otra información relacionada con dicha entidad, a la línea celular registrada en esta solicitud, la cual es de mi uso y/o propiedad.	
5. Declaro que SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> laboro en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.	a
6. Declaro que SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> tengo familiares funcionarios en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA. En caso afirmativo indique el nombre del funcionario	b
7. Declaro que <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tengo clave de intermediación con otras Compañías de seguros. En caso afirmativo indique cuáles:	c

- a. Marque con una (X) para declarar SI o NO** ha laborado en Aseguradora Solidaria de Colombia.
- b. Marque con una (X) para declarar SI o NO** tiene familiares funcionarios en Aseguradora Solidaria de Colombia; en caso de marcar “SI”, por favor escriba el nombre del funcionario.
- c. Marque con una (X) para declarar SI o NO** tiene clave de intermediación con otras compañías de seguros; en caso de marcar “SI”, por favor escriba el nombre de la/s compañía/s.

Nota: Lo descrito anteriormente sirve para identificar si puede existir algún tipo de conflicto de intereses entre diferentes partes.

4.10 ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES							
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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 EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>						SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____							
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO c	CIUDAD	PAÍS	MONEDA	

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-6
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA JURÍDICA	Página 9 de 12

- 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.

4.11 REFERENCIAS FINANCIERAS – COMERCIALES Y PERSONALES

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

REFERENCIAS FINANCIERAS			
ENTIDAD a	CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CUENTA No. b	DIRECCIÓN SUCURSAL c	TELÉFONO(S) d
REFERENCIAS COMERCIALES			
ESTABLECIMIENTO e	DIRECCIÓN f	TELÉFONO(S) g	
REFERENCIAS PERSONALES			
APELLIDOS Y NOMBRES h	DIRECCIÓN i	TELÉFONO(S) j	

Para las referencias Financieras:

- a. **Entidad:** Escriba el nombre de la entidad financiera en la que se encuentra como beneficiario de una cuenta (corriente y/o ahorros).
- b. **Seleccione** el tipo de cuenta bancaria (corriente o ahorros) y escriba el número de cuenta correspondiente.
- c. **Dirección sucursal:** Escriba la dirección de la entidad bancaria en la que se encuentra como beneficiario.
- d. **Teléfono(s):** Escriba los teléfonos de la entidad bancaria en la que se encuentra como beneficiario.

Para las referencias comerciales:

- a. **Establecimiento:** Escriba el nombre del establecimiento donde se gestiona la labor comercial de productos y/o servicios.
- b. **Dirección:** Escriba la dirección del establecimiento comercial.
- c. **Teléfono(s):** Escriba los teléfonos del establecimiento comercial.

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-6
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA JURÍDICA	Página 10 de 12

Para las referencias personales:

- a. **Apellidos y nombres:** Escriba los Apellidos y Nombres de las personas (familiares, amigos, compañeros, etc.) que sirvan como referencia personal.
- b. **Dirección:** Escriba la/s dirección/es de contacto de las personas descritas anteriormente.
- c. **Teléfono(s):** Escriba los teléfonos de contacto de las personas descritas anteriormente.

4.12 DATOS CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIAS ACH

Diligencie la siguiente información sólo en caso que como Intermediario y/o Proveedor desee acceder al servicio de transferencia electrónica para el abono de valores de facturas y/o comisiones ACH (Automatic Clearing House).

DATOS CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA ACH					
ENTIDAD BANCARIA a		SUCURSAL b		CIUDAD c	
TIPO DE CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/>	CUENTA No: d	TITULAR DE LA CUENTA e		CORREO ELECTRÓNICO f	
<small>Con el fin de mantener las mejores relaciones comerciales con nuestros Proveedores e Intermediarios y mejorar nuestros servicios en el momento de realizar el pago de sus facturas y/o comisiones, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ha suscrito convenios con las Entidades Bancarias, el cual tiene como finalidad abonar a la cuenta que el Proveedor / Intermediario nos indique, el valor facturado utilizando para ello el sistema ACH. Para acceder a este servicio, se deben diligenciar los siguientes datos:</small>					

- a. **Entidad Bancaria:** Escriba la entidad bancaria suscrita para la prestación del servicio ACH.
- b. **Sucursal:** Escriba la sucursal (sede, zona, dirección, etc.) de la entidad bancaria mencionada.
- c. **Ciudad:** Escriba la ciudad donde se encuentra la entidad bancaria mencionada.
- d. **Tipo de cuenta:** Seleccione el tipo de cuenta bancaria (corriente o ahorros) y escriba el número de cuenta correspondiente.
- e. **Titular de la cuenta:** Escriba el nombre del beneficiario de la cuenta registrada.
- f. **Correo electrónico:** Escriba el correo del beneficiario de la cuenta registrada.

4.13 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Los siguientes campos deben ser diligenciados por el Intermediario y/o Proveedor.

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? a _____

	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-6
	PROCEDIMIENTO	Versión: 2
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES – PERSONA JURÍDICA	Página 12 de 12

4.16 INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLO APLICA PARA SOLICITUD DE CLAVE COMO INTERMEDIARIO O VINCULACIÓN INICIAL COMO PROVEEDOR)

Este espacio es para uso exclusivo de la Aseguradora. Diligencie la información del cuadro sólo si es para solicitud de clave como intermediario o vinculación inicial como Proveedor.

INFORMACIÓN ENTREVISTA (*) (Solo aplica para solicitud de clave como intermediario o vinculación inicial como proveedor)	
LUGAR DE ENTREVISTA (*)	a
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA (*)	b
RESULTADO DE LA ENTREVISTA (*)	c
	d
	FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA (*)

- a. **Lugar de entrevista:** Escriba la sede, zona, dirección, etc., en donde se tramita este documento.
- b. **Nombre del funcionario que realiza la entrevista:** Escriba el nombre del funcionario que realizó la entrevista.
- c. **Resultado de la entrevista:** Escriba algunas observaciones respecto al resultado de la entrevista.
- d. **Firma del funcionario Aseguradora Solidaria:** Firma del funcionario que realizó la entrevista.

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 Beltrán
2	julio de 2021	Se Actualiza según normatividad vigente Sarlaft 4.0	Nelly Beltrán/Sandra Barón	Alexander Galindo Beltrán