

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Y CIRCULAR EXTERNA DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

V2/27MAR20

Fecha de Diligenciamiento Ciudad Sucursal

Tipo de solicitud ☐ Vinculación ☒ Actualización Clase de Vinculación ☒ Tomador/Suscriptor/Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario

☐ Afianzado ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otro ¿Cuál?

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Persona natural y persona jurídica (para persona jurídica serán los datos del representante legal)

Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

Género ☒ F ☐ M Tipo de Documento ☒ C.C. ☐ NIT ☐ C.E. ☐ Reg. Civil ☐ Pasaporte ☐ Otro Número

Fecha de Expedición Lugar de Expedición Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento Nacionalidad 1 Nacionalidad 2 E-mail

Teléfono Celular Teléfono Fijo Dirección Residencia

Ciudad Departamento Empresa donde labora

Dirección Oficina Teléfono Oficina Ciudad de la empresa

Celular Oficina Tipo de Empresa ☐ Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otro ¿Cuál?

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ Si ☒ No ¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público? ☐ Si ☒ No

¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? ☐ Si ☒ No Indique ¿Es Servidor Público? ☐ Si ☒ No

¿Tiene usted la condición de Persona Expuesta Políticamente? (D.1674/16) ☐ Si ☒ No Indique

Cargo	Fecha inicio	Fecha fin

¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta? ☐ Si ☒ No Indique

Nombre	Cargo

¿Es usted Representante Legal de una Organización Internacional? ☐ Si ☒ No Indique

¿Esta usted sujeto a Obligaciones Tributarias en otro país o Países? ☐ Si ☒ No ¿Cuál(es)?

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

PERSONA NATURAL (ACTIVIDAD ECONÓMICA)

Actividad Económica ☐ Asalariado ☐ Socio ☐ Inversionista ☒ Independiente ☐ Hogar ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Estudiante ☐ Comerciante

CIUJ (Código) Ocupación/ Oficio/ Profesión Cargo (Asalariado)

Actividad Secundaria CIUJ (Código) Dirección Teléfono

¿Qué tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o comerciantes)

PERSONA JURÍDICA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)

Nombre o Razón Social NIT DIV

Tipo de Empresa ☐ Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otro ¿Cuál?

Actividad Económica CIUJ (Código) Dirección Of. principal Teléfono

Correo Electrónico Teléfono Celular Dirección Sucursal

3. INFORMACION FINANCIERA (Persona Natural y Persona Jurídica) - Valores en Pesos y en SMMLV

Ingresos Mensuales (SMMLV)	☐ <1 ☐ De 1 a 2 ☐ De 2 a 4 ☐ De 4 a 8 ☐ De 8 a 13 ☒ >13	Activos (Pesos)	526952000
Egresos Mensuales (SMMLV)	☐ <1 ☐ De 1 a 2 ☐ De 2 a 4 ☐ De 4 a 8 ☐ De 8 a 13 ☒ >13	Pasivos (Pesos)	396849000
Otros Ingresos Mensuales (SMMLV)	☐ <1 ☐ De 1 a 2 ☐ De 2 a 4 ☐ De 4 a 8 ☐ De 8 a 13 ☒ >13	Patrimonio (Pesos)	130103000

Concepto de Otros Ingresos

Identificación de los Accionistas o Asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación (En caso de requerir más espacio debe anexarse la relación):

Tipo ID	Número de ID	Razón Social o Nombres completos	% Participación	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su Actividad u Oficio goza de Reconocimiento Público General?	¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta?	¿Esta usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países? Indique cuál(es)
				☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	
				☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	
				☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	

4. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? ☐ Si ☒ No ¿Cuál? ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☒ Transferencias

¿Posee productos financieros en el exterior? ☐ Si ☒ No en caso positivo descríbalos a continuación: ☐ Otras ¿Cuáles?

Tipo de producto	Identificación o número de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

5. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿Ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones en seguros en los dos últimos años? ☐ Si ☒ No

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Se requiere adjuntar la siguiente documentación:
 1. En todos los casos es necesario adjuntar fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% (Para personas jurídicas se debe adjuntar la del Representante Legal y original o fotocopia del RUT y Certificado de Existencia y representación legal con vigencia no superior a tres (3) meses).
 2. En caso de ser apoderado, adjuntar el poder. La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN Y DESTINO DE RECURSOS, Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN
 Yo, DIEGO ENRIQUE FRANCO VICTORIA, identificado con c.c. No. 14.896.202, de BUGA, (lo como aparezco identificado al pie de mi firma) ante AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., AXA COLPATRIA SEGUROS DEVIDAS A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS) declaro: 1. Que toda la información que he suministrado y suministraré a través de cualquier medio es veraz, actual, completa, exacta, comprobable, comprensible y pertinente en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. 2. Que tanto mi actividad económica como mi profesión son lícitas, que las ejerzo dentro de los marcos legales y que los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato, son lícitos y provienen de: EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL COMO ABOGADO. 3. Que los recursos que si derivan del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 4. Que me obligo para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
 Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., AXA COLPATRIA SEGUROS DEVIDAS A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) serán las entidades responsables del Tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO LIBREMENTE Y DE MANERA EXPRESA a LAS COMPAÑÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de tanto, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en el momento, y ii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable. iv) atender las necesidades de servicio, técnicas operativas, de riesgo o de condiciones de servicio mas favorables a sus clientes, o ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción o beneficio de servicio social o en conjunto con terceros. Para efectos de esta autorización, entiendo que como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiéndolo, no obstante, que las facultades de modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. Autorizo de manera irrevocable, que en caso de modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 6. Autorizo de manera expresa, para ser contactado entre otros medios, a través del envío de correos electrónicos, mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS).

AUTORIZACIONES PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN
 1. Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPAÑÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministre, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad judicial o administrativa. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPAÑÍAS, para que accedan, consulten, comparen, reporten, comuniquen, permitan el acceso y evalúen toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endoso, n suministrada por cualquier medio que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. Autorizo de manera irrevocable, que en caso de modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 6. Autorizo de manera expresa, para ser contactado entre otros medios, a través del envío de correos electrónicos, mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS).

Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento el día 12 de DICIEMBRE del año 2023.

Firma del cliente DIEGO ENRIQUE FRANCO VICTORIA 14.896.202 de BUGA

TEXTO DE REEMPLAZO DE FIRMA. Conforme a lo establecido en la normatividad SARLAFT, es permitido sustituir su firma y huella en este formulario, siempre y cuando se tomen las medidas efectivas para garantizar el conocimiento de su identidad, para tal efecto, usted podrá remitir este formulario completamente diligenciado, a través de su correo electrónico registrado en este formulario poniendo en el asunto solamente su número de identificación sin espacios, comas y puntos y adjuntando copia nítida de su documento de identificación, registrado en este formulario por ambas caras, y remitirlo al correo de su Asesor de Seguros. Mediante este hecho usted indica que la información contenida en este formulario cuenta con su aprobación, y autoriza el tratamiento de sus datos personales mediante una conducta inequívoca, considerando las observaciones que sobre dicha autorización usted haya registrado en el formulario.

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista Fecha de la entrevista Día Mes Año Hora de la entrevista Resultado ☒ Aprobado ☐ Rechazado

Observaciones Nombre del Intermediario / Asesor responsable / Entrevistador

Clave Firma Intermediario / Asesor responsable / Entrevistador