

FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA



SUSCRIPCIÓN SINIESTROS

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

DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)

RAZÓN SOCIAL Municipio de Arboleda		NIT 800099058-4	CORREO ELECTRÓNICO alcaldia@arboleda-nariño.gov.co
PRIMER APELLIDO Martinez	SEGUNDO APELLIDO Córdoba	PRIMER NOMBRE Alvaro	SEGUNDO NOMBRE Evelio
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: No. 5216.690	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN Arboleda	DÍA MES AÑO 21/02/1983	
DIRECCIÓN DOMICILIO C/ 3 N° 5-56 B/Fátima	TELÉFONO 3205432703	CIUDAD/MUNICIPIO DEPARTAMENTO Arboleda Benvenez Nariño	

TIPO DE EMPRESA PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input checked="" 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 ACCIONES <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> SOC. COMANDITA SIMPLE <input type="checkbox"/>
--	---

ACTIVIDAD ECONÓMICA
INDUSTRIAL COMERCIAL TRANSPORTE CONSTRUCCIÓN AGRÍCOLA EDUCACIÓN SERV. FINANCIEROS ¿OTRO? CÓDIGO CIU (*)

DETALLE: **Administración Pública**

DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL carretera 3 N° 5-56 B/Fátima	TELÉFONO/FAX 3232743232	CIUDAD/MUNICIPIO Benvenez Arboleda	DEPARTAMENTO Nariño
DIRECCIÓN SUCURSAL	TELÉFONO/FAX	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

PERSONA DE CONTACTO **Alvaro Evelio Martinez Córdoba** TELÉFONO CELULAR **3205432703** TELÉFONO FIJO

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)

No.	T.Doc	N°. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO/RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	¿ES CONSIDERADO PEP?
1.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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"/>

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.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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"/>

¿Es considerado PEP? Si No: _____

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.

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA JURÍDICA

INGRESO MENSUAL \$ 1.414.377.744,55	OTROS INGRESOS MENSUALES \$ 954.894,98	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ 1.415.332.639,52	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ 1.179.044.810,06
TOTAL ACTIVOS \$ 49.472.225.118,51	TOTAL PASIVOS \$ 13.149.111.921,63		

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS **Transferencia**

ACTIVIDAD 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? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS 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	PAÍS	MONEDA

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- 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.
- 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.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

5. Origen de ingresos: De mi actividad económica: Otros ¿Cuáles? _____

CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
- 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).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y GESTIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero, comercial, gestionar la cartera vencida y desarrollar las actividades propias del contrato de seguro.

NOTA SARLAFT

De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementó la Aseguradora; como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregar los formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación.

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiera el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA FIM-CCLL-2 16/06/2021 V.5

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO