Versión 2020

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURIDICA- SECTOR ASEGURADOR

Fecha Diligenciamiento: 29/06/2021 | Ciudad: BOGOTA | Sucursal: | Tipo Solicitud:

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador (●) | Asegurado ( ) | Beneficiario ( ) | Afianzado ( ) | Proveedor ( ) | Intermediario ( ) | Otro:

Residencia de la Sociedad: Nacional

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACION DEL PRODUCTO).

Tomador - Asegurado	( ) Familiar	(●) Comercial	( ) Laboral	( ) Otra	Cual:	
Tomador - Beneficiario	( ) Familiar	(●) Comercial	( ) Laboral	( ) Otra	Cual:	
Asegurado - Beneficiario	( ) Familiar	(●) Comercial	( ) Laboral	( ) Otra	Cual:	

1. INFORMACIÓN BÁSICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SYSTEMVOTE S.A.S | TIPO DE DOCUMENTO: NIT

NIT: 901410378 | DV: 6 | OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: AV 19 131 A 30 | TIPO DE EMPRESA: PRIVADA

CIIU: Actividades profesionales, científicas y técnicas | CIIU (Cod): 6201 | SECTOR: Servicios

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | CIUDAD: BOGOTA | TELÉFONO: 3123734500 | E-MAIL: beatriz@webasamblea.com

SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | CIUDAD: BOGOTA | TELÉFONO: 3123734500

Representante Legal

REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO: BOTELLO | SEGUNDO APELLIDO: TABARES | NOMBRES: BEATRIZ HELENA

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. | NÚMERO: 52846648 | FECHA DE EXPEDICIÓN: 16/03/1996 | LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTA

FECHA DE NACIMIENTO: 27/12/1979 | LUGAR DE NACIMIENTO: BUCARAMANGA | NACIONALIDAD 1: COLOMBIANA | NACIONALIDAD 2:

E-MAIL: beatriz@webasamblea.com | DIRECCIÓN (Residencia): AV 19 131 A 30 | CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | PAÍS: COLOMBIA | TELÉFONO: 3123734500 | CELULAR: 3123734500

¿Alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva?. _es una Persona Públicamente Expuesta? (Ver definición de administrador, PPE y vinculados en el pie de página).	( ) SI (X) NO	Si la respuesta es afirmativa, sírvase diligenciar la sección para el conocimiento mejorado de personas públicamente expuestas
¿Por su cargo o actividad, alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva) administra recursos públicos?	( ) SI (X) NO	

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? ( ) SI (X) NO | Indique:

Accionistas

Instrucciones de diligenciamiento: 1) Por favor relacione los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del Capital Social, aporte o participación.
2) Si el accionista o asociado relacionado en la siguiente sección es una persona Jurídica que no cotiza en bolsa, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección para el conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales, y suministre esta información para todos los accionistas/asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control final sobre la entidad. (En caso de requerir mas espacio debe anexar una relación por separado)
3) Si alguno de los accionistas o asociados (personas naturales) es una Persona Expuesta Públicamente , sírvase diligenciar la sección correspondiente (abajo dispuesta)

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	% Participación	¿Es Persona Jurídica que cotiza en Bolsa?	¿Es Persona Públicamente Expuesta, o vinculado con una de ellas?, (aplica únicamente para personas naturales).	¿Es sujeto de tributación en otro país u otro grupo de países?, Indique cual(es)
C.C	1020834816	LAURA SOFIA CHAVES CEDEÑO	51	NO	NO	NO
C.C	52846648	BEATRIZ HELENA BOTELLO	49	NO	NO	NO

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al (Decreto 1674 de 2016)-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) 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.

Administradores (Ley 222 de 1995, art.22): Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones.

Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas**.**

Nota interpretativa Recomendación 24-GAFI:

Como parte del proceso para asegurar que exista una transparencia adecuada sobre las personas jurídicas, los países deben contar con mecanismos que o Identifiquen y describan los diferentes tipos, formas y características básicas de las personas jurídicas en el país. o Identifiquen y describan los procesos para: (i) la creación de esas personas jurídicas; y (ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario final; o pongan a disposición del público la anterior información; y o evalúen los riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo asociados a diferentes tipos de personas jurídicas creadas en el país.

Conocimiento mejorado de Personas Expuestas Públicamente

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona politícamente expuesta o vínculado:

Vinculo/ Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

* Vinculo/Relación
1. Representantes legales 2. Miembros de la Junta Directiva 3. Accionistas

Conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales

NUMERO ID	NOMBRE	NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA SOCIEDAD DE LA QUE ES ACCIONISTA	TIPO ID	ID	% Participación

Información Financiera

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	45000000	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	25000000	ACTIVOS (Pesos)	100000000
PASIVOS (Pesos)	0	PATRIMONIO	100000000	OTROS INGRESOS	
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS					

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA

Declaro expresamente que:
1. La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente

Origen de Fondos: Actividad servicios de tecnlogpia en la nube y realización de eventos

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	☐ SI	☒ NO	CUAL		INDIQUE OTRAS OPERACIONES		
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?	☐ SI	☒ NO	¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?			☐ SI	☒ NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

DOCUMENTOS REQUERIDOS:
- Fotocopia del documento de identidad del representante legal, ampliada al 150%
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente no mayor a 30 días,
- Inventario general de los bienes objeto del seguro

Adicionalmente la aseguradora podrá requerir otros documentos de acuerdo con sus políticas, tales como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

4. 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

Este formulario contiene las disposiciones establecidas en la Circular Básica Juridíca de la Superintendencia Financiera de Colombia

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es)

Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono
SBS Seguros Colombia S.A. Avenida Cra 9 No. 101 - 67, Piso 7 Teléfono: (1)3138700	Allianz Carrera 13 A No. 29-24 Teléfono: (1)5600600	Aseguradora Solidaria Calle 100 No. 9A-45 Teléfono: (1)6464330
BBVA Seguros Carrera 15 No. 95 65 Piso 6 Teléfono: (1)2191100	Cardif Carrera 7a No. 75 - 66 Teléfono: (1)7444040	JMalucelli Travelers Seguros S.A Calle 98 No. 21-50 Teléfono: (1)7039052
CHUBB Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B, Piso 7, Edificio BVC Teléfono: (1)3266210	Confianza S.A. Calle 82 No. 11-37 Teléfono: (1)6444690	Bolívar Av. Dorado No. 68B-31 Teléfono: (1)3410077
Aurora Carrera 7 No. 74-21 P 1 Y 3 Teléfono: (1)7425119	Colmena Seguros Av. Calle 72 No. 10-71 P4 Teléfono: (1)3241111	Seguros Mundial Calle 33 No. 6B-24 Teléfono: (1)2855600
HDI Seguros S.A. Carrera 7 No. 72-13 Teléfono: (1)3468888	Global Seguros Carrera 9 No. 74-62 Teléfono: (1)3139200	La Equidad Seguros Carrera 9A No. 99-07 Teléfono: (1)5922929
La Previsora Calle 57No. 9-07 Teléfono: (1)3485757	Liberty Calle 72 No. 10-07 Teléfono: (1)3103300	Mapfre Carrera 14 No. 96-34 Teléfono: (1)6503300
Metlife Carrera 7 No. 99-53 Teléfono: (1)6388240	Pan American Life Calle 116 No # 23 - 06 / 28 Piso 7 Teléfono: (1)3267400	Positiva Av. Carrera 45 No.94-72 Teléfono: (1)6502200
BMI Carrera 11 No. 84-09 Costado Sur Piso 9 Teléfono: (1)5187700	Segurexpo Calle 72 No. 6-44 Teléfono: (1)3266969	Seguros Alfa Av Calle 24A No. 59-42 Teléfono: (1)3446770
Suramericana S.A Carrera 64b No 49A - 30 Medellín Colombia (4)2002100	Seguros del Estado Carrera 11 No. 90-20 Teléfono: (1)6019330	Old Mutual Av. 19 No. 109A- 30 Teléfono: (1)6584300
AXA Colpatria Carrera 7 No. 24-89 Teléfono: (1)3364677	Nacional de Seguros Calle 94 No. 11-30 P 4 Teléfono: (1)7463219	Coface Carrera 15 No. 91-30 Oficina 601 Teléfono: (1) 6231631
Berkley Carrera 7 No. 71-21 TB Oficina 1002 Teléfono: (1)3572727	Zurich Calle 116 No. 7-15 Oficina 1401 Teléfono: (1) 5188482	Solunion Calle 7 sur No. 42-70 Oficina 815, Medellín Teléfono: (4) 4440145
OTRA:	OTRA:	OTRA:

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad(es) matriz de la(s) sociedad (es) referenciadas y con la(s) que se suscriban contrato(s) de seguros.

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad (es) _____, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).
Dirección _____, Teléfono _____

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 2 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente. (●) SI ( ) NO

Declaro expresamente:

1. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

2. Que **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** me han informado, de manera expresa:

I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Nuestros datos serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de nuestra solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo y la xiii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
II. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.
III. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS**. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) **LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS** que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) **FASECOLDA, INVERFAS S.A.** y el **INIF**, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

IV. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.
V. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración lo correspondiente en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia
VI. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
VII. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008. En especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre nosotros.
VIII. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:
a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. ◯ NO ◉ SI

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

3. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

4. CERTIFICACION: Manifestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente en la Ley 1581 de 2012 y (ii) que, existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O LOS INTERMEDIARIOS** señalados en este documento.

6. 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



FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día ____ Mes ____ Año _____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

_____

Nombre del Intermediario _____

Nombre del Asesor _____

Resultado de la Entrevista: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día ____ Mes ____ Año _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica _____

Firma _____

Observaciones: _____

_____