



**FORMULARIO DE VINCULACIÓN
DE PROVEEDORES**

Fecha Diligenciamiento	D	M	A	Residencia de la Sociedad	<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualización	
1. PERSONA NATURAL						
Primer Apellido				Segundo Apellido	Nombres	
Tipo de Documento	Número	Fecha de Expedición		D	M	A
Fecha de Nacimiento	D	M	A	Nacionalidad	Actividad	Ocupación
Cual	Actividad Económica			Profesión		
Ciudad	Dirección			Teléfono	Fax	
Dirección Residencia	Ciudad			Departamento		
E-mail	Teléfono			Celular		
2. PERSONA JURÍDICA						
Nombre o Razón Social					NIT	
Representante Legal Primer Apellido	Segundo Apellido			Nombres		
Tipo de Documento	Número	Fecha de Expedición		D	M	A
Fecha de Nacimiento	D	M	A	Oficina Principal Dirección		
Ciudad	Teléfono			Fax		
Sucursal o Agencia Dirección	Ciudad			Teléfono	Fax	
Tipo de Empresa	Sector de la Economía			Cual		
Actividad Económica	E-mail					
IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):						
Tipo ID	Número ID	Nombre	Por su cargo o actividad, maneja recursos públicos?	Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?	Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	Esta usted obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países?. Indique cual
3. INFORMACIÓN FINANCIERA						
INGRESOS MENSUALES (Pesos)				EGRESOS MENSUALES (Pesos)		
ACTIVOS (Pesos)				PASIVO (Pesos)		
PATRIMONIO (Pesos)				OTROS INGRESOS (Pesos)		
CONCEPTO OTROS INGRESOS						
4. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CUAL	INDIQUE OTRAS OPERACIONES		
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
5. IMPUESTOS						
Régimen Simplificado <input type="checkbox"/>	Régimen Común <input type="checkbox"/>	Gran Contribuyente <input type="checkbox"/>		Indique Número de Resolución DIAN		
Exento de Impuesto a las Ventas <input type="checkbox"/>	Exento de ICA <input type="checkbox"/>	Autoretenedor <input type="checkbox"/>		Indique Número de Resolución DIAN		
Código Actividad Industria y Comercio	CIU					

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN
DE PROVEEDORES**

6. ACCIONISTAS (PERSONA JURÍDICA)

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 oro grupo de países? Indique cual(es)

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.

7. CONOCIMIENTO AMPLIADO

CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674 de 2016, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

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

* Vínculo / Relación (Persona Jurídica)
1. Representantes legales
2. Miembros de la Junta Directiva
3. Accionistas

* Vínculo / Relación (Persona Natural)
1. Segundo Grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyuge o compañero/a permanente del PEP), y
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)

CONOCIMIENTO AMPLIADO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS FINALES (PERSONA JURÍDICA)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social / Nombres Apellidos	% Participación	Nombre / Razón Social de la Sociedad de la que es Accionista	NIT

8. CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO SG - SST

Personas Jurídicas:

Yo _____ Representante legal de la empresa _____ Certificó que mi compañía dispone de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo según lo dispuesto en la normatividad colombiana vigente (Decreto 1072 de 2015) que permite el control del riesgo al que pudieran estar sometidos mis trabajadores y partes interesadas.

Firma _____

Personas Naturales:

Yo _____ Identificado (a) con CC _____ como persona natural que prestará un servicio y/o bien a Seguros Mundial, manifiesto que cuento con los soportes de afiliación y pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social (EPS – ARL – AFP) según lo dispuesto en la normatividad colombiana vigente.

Firma _____

Esta información podrá ser verificada por Seguros Mundial para la selección de proveedores.

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES

9. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., Dirección: Calle 33B No 6B 24 Pisos 1 al 3 en la Ciudad de Bogotá D.C., e-mail consumidorfinanciero@segurosmondial.com.co, líneas de atención al Cliente 018000111935 a nivel nacional y 3274712 o 3274713 desde Bogotá, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedad(es) antes mencionada(s). Declaro expresamente:

I. 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.
II. Para efectos de efectuar el servicio o suministro o parte de LA ASEGURADORA, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales respectivos.
III. LA ASEGURADORA me han informado, de manera expresa: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como proveedor ii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iii) El control y la prevención del fraude. iv) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral v) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. vi) 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. vii) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA, viii) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables ix) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, x) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xi) Consulta y envío de información a las centrales de riesgo crediticio. 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios. 3. 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. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) 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. 4. 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. 5. 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 relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo IV del Título IV de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y la Ley 1581 de 2012, exige las mismas. 6. 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 he sido obligado a responderlas. 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA, 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 iii) 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.
- He sido informado que la política de tratamiento de datos personales de LA ASEGURADORA la puedo encontrar completa en <http://www.segurosmondial.com.co/servicio-al-cliente/>

III. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

10. INFORMACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA

Genera Facturación Electrónica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha inicio Facturación Electrónica	D		M		A	
Correo habilitado para Factura Electrónica								
Contacto Factura Electrónica								
Teléfono Contacto Factura Electrónica								
Correo Contacto Factura Electrónica								
Proveedor Tecnológico								
Nit Proveedor Tecnológico								
Correo para pagos o Certificados De Impuestos								

11. AUTORIZACION PARA CONSIGNACION O TRANSFERENCIA A CUENTAS BANCARIAS

Autorizamos a la Compañía Mundial de Seguros S.A., Nit 860.037.013-6 para realizar pagos a nuestro nombre a través de la utilización de sistemas de transferencia electrónica de fondos en las siguientes cuenta (s):

Nombre completo del titular de la cuenta							
Tipo de Cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Ciudad	Banco		No. de Cuenta		
Persona a contactar	Nombre						
Dirección	Teléfono			Ciudad			
Cargo	E-mail						

12. 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

13. INFORMACIÓN ENTREVISTA

14. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de la Entrevista	Día		Mes		Año		Fecha de Verificación	Día		Mes		Año	
Hora de la Entrevista							Hora de Confirmación						
Lugar de la Entrevista							Nombre y Cargo de quien verifica			Firma			
Nombre del Empleado que entrevista		Firma del Empleado que entrevista											
Observaciones						Observaciones							
Resultado de la Entrevista		<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado											