



# Manual de Usuario

## Persona Natural

A close-up photograph of a person's hands holding a white tablet. The person is wearing a dark suit jacket and a patterned tie. The background is a blurred office setting. The image is overlaid with a blue gradient at the bottom.

NOS ESTAMOS TRANSFORMANDO TECNOLÓGICAMENTE  
Y TODOS SOMOS PARTE DEL CAMBIO.

## Objetivo

Guiar y establecer por medio de este instructivo al cliente sobre el procedimiento de actualización y legalización del documento de conocimiento del cliente Sarlaft.

## Definiciones

Con el nuevo proceso se logrará que los clientes realicen la actualización de datos por medio del portal, a través de la firma electrónica con OTP, con el objetivo de legalizar el documento de conocimiento del cliente. De forma rápida y eficaz.

## Glosario

**FUC:**

Formulario Único de Conocimiento del Cliente, el cual hace una identificación adecuada de los clientes y establece su perfil de riesgo, tiene vigencia de máximo un año.

**Legalización:**

Es un proceso donde se requiere el conocimiento del cliente para certificar la firma y/o sello puesto en un documento.

**Actualización de datos:**

Es un proceso solicitado por la Ley 8204, fácil, sencillo y útil, que nos permite localizarlo, brindarle información importante cuando sea candidato a nuevos productos y en un caso de emergencia solucionarlo de manera ágil.

**Accionistas:**

Persona que posee una o más acciones de una empresa, por tanto, esa titularidad le otorgará la condición de propietario y socio.

Para ingresar al portal de actualización de datos Sarlaft, dé clic en el siguiente enlace:

<https://confianzafcc.co:8026/Presentacion/ProcesoSarlaft/InicioProceso.aspx>

Por el navegador de Google Chrome.

Complete todos los campos con su información personal y dé clic en guardar.

**Ingreso Información Personal Cliente**

Persona Natural

Identificador del sistema

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Número de documento

Celular

Correo

**GUARDAR**

#### RECOMENDACIONES

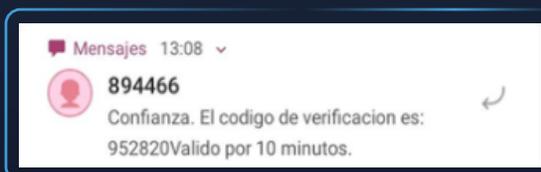


El número de documento no debe tener puntos.



Verificar que el celular y el correo estén correctos.

Enviaremos un código de 6 dígitos por mensaje de texto y correo electrónico.



El código será válido por 10 minutos.

CONFIANZA

Banco de Empresas Soluciones

**Código de Verificación OTP**

Ingresar el Código OTP

Ingresar

Reservar Código

## Lea detenidamente y acepte los Términos y Condiciones para poder continuar con el proceso

**Términos, condiciones y tratamiento de datos personales**

Sus datos personales serán mantenidos y tratados con seguridad acorde a nuestras políticas internas y su uso únicamente se requiere como mecanismo de validación de la identidad del titular. Si usted requiere consultar nuestras políticas, lo invitamos a ingresar a nuestro sitio WEB <https://www.confianza.com.co/servicio-al-cliente#black-politicadeprotecciondedatosservicioalcliente>, en donde puede ver en más detalle la finalidad del uso de su información y como puede contactarse con nosotros. Es de aclarar, que el procedimiento de validación para ingresar al servicio de formulario digital, incluye la corroboración de su identidad a través de un código de seguridad, el cual, será enviado a su teléfono móvil y su correo electrónico registrado. Recuerde suministrar sus datos de manera correcta puesto que estos sujetos de verificación por parte de Seguros Confianza. Si usted no recibe el código por ningún medio o percibe alguna irregularidad en procedimiento de validación, le recomendamos comunicarse a la línea de centro de contacto publicada en nuestro sitio WEB Bogotá: 745 7777 o escribir al correo electrónico [centrodecontacto@confianza.com.co](mailto:centrodecontacto@confianza.com.co), con el propósito de brindarles acompañamiento oportuno.

He leído y estoy de acuerdo con los términos de tratamiento y finalidad de los datos para continuar con el proceso de creación del FCC

Sí  No

**SIGUIENTE**

## Formulario Único de Conocimiento del Cliente

**Diligencie todos los campos.**

Formulario Único de conocimiento del Cliente

---

Fecha de diligenciamiento:  Ciudad:

Sucursal:  Tipo de 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 ¿Cuál?

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

Tomador - Asegurado ¿Cuál?

Familiar  Comercial  Laboral  Otro

---

Tomador - Beneficiario ¿Cuál?

Familiar  Comercial  Laboral  Otro

---

Asegurado - Beneficiario ¿Cuál?

Complete las casillas correspondientes y dé clic en "Ingresar".

## Información básica

**1. INFORMACIÓN BÁSICA**

NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
KAREN MILENA		QUITO		GALAN	
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN		
Cédula Ciudadanía	10142944965	dd/mm/aaaa	[Seleccionar]		
DEPARTAMENTO DE EXPEDICIÓN	PAÍS DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO		
[Seleccionar]	[Seleccionar]	dd/mm/aaaa	[Seleccionar]		
DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	E-MAIL		
[Seleccionar]	[Seleccionar]	[Seleccionar]	karen.quito@excelentia.com		
DIRECCIÓN (Residencia)		Desea actualizar la dirección (Residencia)?	PAÍS (Residencia)	DEPARTAMENTO (Residencia)	
		<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	[Seleccionar]	[Seleccionar]	
CIUDAD (Residencia)	TELÉFONO	CÉLULAR	ACTIVIDAD PRINCIPAL		
[Seleccionar]		3214005444	[Seleccionar]		
TIPO DE ACTIVIDAD	SECTOR	CIU (Cod)	¿CUÁL?		
[Seleccionar]	[Seleccionar]				
OCUPACIÓN	CARGO	EMPRESA DONDE TRABAJA	DIRECCIÓN (Oficina)	Desea actualizar la dirección de Oficina?	
				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
CIUDAD (Oficina)	DEPARTAMENTO (Oficina)	TELÉFONO (Oficina)	ACTIVIDAD SECUNDARIA	CIU(Cod)	
[Seleccionar]	[Seleccionar]		[Seleccionar]		

Si  No

Si desea actualizar las direcciones, seleccione "Si" y diligencie cada uno de los campos.

En caso de seleccionar "Si" en el paso anterior, deberá diligenciar los campos que serán habilitados.

Nomenclatura

Número/nombre

Número de vía generadora

Número de placa

Desea actualizar la dirección (Residencia)?  Sí  No

DIRECCIÓN RESIDENCIA:

NOMENCLATURA	NÚMERO/NOMBRE	LETRA/NÚMERO NOMENCLATURA PRINCIPAL	BIS
Calle	63	Sur	[Seleccionar]
LETRA/NÚMERO DE BIS	CUADRANTE	NÚMERO DE VÍA GENERADORA	
64	Sur	# 90	
LETRA/NÚMERO DE VÍA GENERADORA	BIS	LETRA/NÚMERO DE BIS	NÚMERO DE PLACA
	[Seleccionar]		
CUADRANTE	COMPLEMENTO	ZONA POSTAL	
[Seleccionar]	INT 6 - AP 563		

## Información financiera

Si  No

**Si es una persona políticamente expuesta, seleccione la opción "Si" y diligencie los campos que serán habilitados.**

INFORMACION FINANCIERA

Ingresos Mensuales (\$)  Egresos mensuales (\$)

Activos (\$)  Pasivos (\$)

Patrimonio (\$)  Otros Ingresos (\$)

Concepto otros ingresos:

---

¿Es usted una Persona Politicamente Expuesta?. (Ver definición en el pie de página)  
Para saber que es una PEP de clic [AQUI](#).  Si  No

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada Politicamente expuesta?  Si  No

Si la respuesta es afirmativa, sírvase diligenciar la sección para el conocimiento mejorado de personas Politicamente expuestas

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?  Si  No

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?  
 Si  No Indique:

En cumplimiento del Decreto 1674, 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
[Selección]		[Selección]		[Selección]			dd/mm/aaaa
[Selección]		[Selección]		[Selección]			dd/mm/aaaa
[Selección]		[Selección]		[Selección]			dd/mm/aaaa
[Selección]		[Selección]		[Selección]			dd/mm/aaaa
[Selección]		[Selección]		[Selección]			dd/mm/aaaa

\* Vínculo/Relación

- 01 Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
- 02 Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente)
- 03 Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

Deberá seguir el orden del formulario, dando clic en cada franja roja, para que se desplieguen los campos.

- 2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA
- 3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES
- 4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS
- 5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN
- 6. FIRMA Y HUELLA

**Diligencie  
todos los  
campos.**

## Declaración de origen de fondos/ riqueza

### 2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA

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 la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA:

## Actividades en moneda extranjera

Si  No

Si es una persona que posee productos financieros en el exterior, seleccione la opción "Si" y diligencie los campos que serán habilitados.

### 3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Si  No  Otro

¿Cual?

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?

Si  No  Otro

Cual?

¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?

Si  No  Otro

Cual?

INDIQUE OTRAS OPERACIONES

### 3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Si  No  Otro

¿Cual?

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?

Si  No  Otro

Cual?

¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?

Si  No  Otro

Cual?

INDIQUE OTRAS OPERACIONES

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[Selecciona]
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[Selecciona]
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[Selecciona]

Si  No

Si posee productos financieros en el exterior, seleccione la opción "Si" y diligencie la tabla que se habilitará.

## Información sobre reclamación en seguros

Si  No

Si selecciona la opción "Si", diligencie todos los campos de la tabla.

**4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS**

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

Si  No

AÑO	RAMO	COMPañIA	VALOR	RESULTADO
				[Seleccionar]
				[Seleccionar]

## Cláusula de autorización

Lea detenidamente las consideraciones que allí le informan sobre el tratamiento de datos.

**5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN**

**CONSIDERACIONES**

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1286 de 2008 según el caso.
5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

**AUTORIZACIÓN**

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriben contratos de seguros:

COMPañIA - DIRECCIÓN - TELÉFONO #1			
<b>SES Seguros Colombia S.A</b> Avenida Cívica No. 101 - 67, Piso 7 Teléfono: (1)3138700	<b>ESVA Seguros</b> Carrera 15 No. 95-65 Piso 6 Teléfono: (1)2191100	<b>CHUES</b> Carrera 7 No. 71 - 21 Tona B, Piso 7, Edificio SVC Teléfono: (1)3556210	<b>Aurora</b> Carrera 7 No. 74-21 P. 1 Y 3 Teléfono: (1)7425119
<b>HDI Seguros S.A.</b> Carrera 7 No. 72-13 Teléfono: (1)3468888	<b>La Previsora</b> Calle 57 No. 9-07 Teléfono: (1)3485757	<b>Metlife</b> Carrera 7 No. 99-53 Teléfono: (1)6388240	<b>EMI</b> Carrera 11 No. 84-09 Costado Sur Piso 9 Teléfono: (1)5187700
<b>SURAMERICANA S.A</b> Carrera 640 No. 49A - 30 Metallon Colombia CA 10002100	<b>AXA Colpatría</b> Carrera 7 No. 24-89 Teléfono: (1)3366777	<b>Berkley</b> Carrera 7 No. 11-21 TB Oficina 1002 Teléfono: (1)3572727	Otra

Los recuadros que usted encontrará de color gris, son sucursales y teléfonos de Seguros Confianza.

Diligencie los campos que aparecen en la cláusula de autorización y seleccione la opción con la que esté de acuerdo.

The image shows a digital form with a highlighted section. The highlighted section contains the following text:

Si  No

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la(s) sociedad(es) matriz de la(s) sociedad(es) referenciada(s) y con la(s) que se autoriza(ron) el seguro.

Así mismo, enténdase con o INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad (es) Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la matriz sociedad matriz de la(s) sociedad(es) matriz mencionada(s)

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 de presente documento, lo cual he leído y comprendo cabalmente.

Si  No

Una vez diligenciado todo el formulario, dé clic en “Legalizar”:

6. FIRMA Y HUELLA

LEGALIZAR CANCELAR

El aplicativo enviará una copia de todos los soportes al correo del cliente.

