

Registro Proveedor

Persona Jurídica

(Para estudio con Firma Externa)

Indique el área a la cual van dirigidos sus servicios

- Gerencia de Compras y Servicios
- Gerencia de Indemnizaciones Salud, Vida y Soat
- Gerencia de Indemnizaciones Autos y Salvamentos
- Gerencia de Auditoría
- Vicepresidencia Jurídica y Compliance
- Gerencia Nacional de Indemnización
- Vicepresidencia de Autos, Hogar, P&C
- Vicepresidencia Financiera
- Vicepresidencia de Operaciones
- Vicepresidencia de Ventas y Distribución
- Vicepresidencia de Salud, Vida; y Fondo Voluntario de Pensiones
- Gerencia de Desarrollo Humano
- Otro, Cual _____

Compañía para la cual presta sus servicios

- Allianz Seguros S.A.
- Allianz Seguros de Vida S.A.
- Allianz Colombia S.A.

Persona contacto en ALLIANZ _____

Persona de Contacto en la empresa del Proponente _____

Ciudad _____

Fecha _____

Información para Registro

Razón social o Nombre completo	
Siglas y/o nombres utilizados	
Nit. No. <input type="text"/>	Teléfonos <input type="text"/>
Dirección de la oficina principal	
Ciudad	
Si esta inscrito en el registro de proveedores de la cámara de comercio, indique el número	
Representante Legal	
Dirección	
Representante Comercial	
E-mail <input type="text"/>	Apartado Aéreo <input type="text"/>
Tipo de empresa	

1. Información Comercial

1.1 Actividad Económica _____ CIU

1.2 Productos o servicios ofrecidos actividad principal _____

1.3 Cobertura _____
 Señale hasta donde está en capacidad de entregar /prestar sus productos / servicios
 Nacional Local Regional Otro _____

Tipo de Clientes Mayoristas Minoristas Usuarios Finales

Otras Actividades _____

Productos que Compran _____

Números de Clientes	En Colombia	En el Exterior
Forma de Pago	% contado y	% a crédito con plazos de
Días		
Otras condiciones (especificar)		
Numero de empleados administrativos	Operativos	Temporales
Total		

2. Información Tributaria

Autorretenedor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Resolución No.	Fecha:
Grandes Contribuyentes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	IVA Régimen Común	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin régimen Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Agente retenedor ICA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Código Actividad ICA:	
Agente retenedor IVA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Código de Actividad Principal:	
Entidad sin animo de lucro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudad donde declara impuestos	
Beneficiario de la Ley 1429?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es SI, indique fecha de constitución de la Empresa DD/MM/AAAA	

3. Lista de Proveedores

	Nombre	Teléfonos	Persona a contactar - cargo	Ciudad
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

4. Principales Ejecutivos

A.	Nombre y Apellido	Cedula de Ciudadania	Cargo
B.	Vinculado desde	Cargo Anterior	Dirección de E-mail
1.A.			
1.B.			
2.A.			
2.B.			
3.A.			
3.B.			

5. Principales Clientes (Dar prioridad a Compañías de Seguros).

	Cliente	Ciudad	Teléfono	Contacto
1.				
2.				
3.				
4.				

6. Experiencia

Indique los años de experiencia y los trabajos principales con que cuenta su empresa para la línea a la que se inscribe.

Empresa	Teléfono	Descripción del servicio	Valor Contrato	Año Ejecución

7. Equipos y/o Herramientas

Relacione los equipos que dispone para soportar el servicio, marcando la casilla respectiva.

Descripción	Cantidad	Equipo y/o Herramienta	Equipo Medición	Maquinaria Pesada

8. Seguros

Tipo de Seguros	Tiene Actualmente	Compañía de Seguros	Intermediarios	Vr. Asegurado
Automóviles Plan Colectivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Incendio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Cumplimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Transportes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Maquinaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Multiriesgo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
ARP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
EPS	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Medicina Prepagada Plan Colectivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Salud Plan Colectivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Vida Plan Colectivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Hurto y Terremoto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

9. Otros

1. Tiene Usted o su compañía:

A. Una política de anticorrupción: Si No

B. Otros estándares anticorrupción como parte de un programa global de lucha contra la corrupción (por ejemplo: lineamientos sobre regalos, entretenimiento, invitaciones, atenciones, etc)? Si No

2. ¿Cotiza su compañía o casa matriz en alguna bolsa de valores?

Si No

3. En qué país esta:

A. La Compañía?

B. La parte potencial contratante (Si es diferente de la compañía), registrada?

4. Han tenido acusaciones, multas/sanciones dentro de los últimos 36 meses por cualquier violación de ley contra el soborno y la corrupción, o hay investigaciones en curso por violaciones potenciales de leyes contra la corrupción y el soborno por parte de autoridades de cumplimiento de la ley, de aduanas, de impuestos o por parte de cualquier autoridad del gobierno contra:

A. Compañía? Si No

B. Cualquiera de las Compañías de la cadena de mando hasta su primer beneficiario, propietario? Si No

C. Cualquier ejecutivo, directivo o socio gestor de a) o b) Si No

Si contesta alguna SI, mencionar detalles y si esta cerrado o en curso:

5. ¿Estará su compañía o en el marco de la realización del contrato con Allianz, en contacto con funcionarios de gobierno?

Si No En caso afirmativo, indique los detalles.

6. ¿Alguno de los responsables de su empresa: directores, socios administradores o empleados directamente involucrados, es funcionario de gobierno?

Si No En caso afirmativo, indique los detalles.

7. Solo si Usted(es) planean usar subcontratistas conteste esta pregunta.
Tienen Usted(es) alguna duda sobre la integridad moral de los subcontratistas?

Si No

8. Solo si para el contrato potencial con Allianz Usted(es) actúa como representante de un consorcio conteste esta pregunta.
Tienen Usted(es) alguna duda sobre la integridad moral de los miembros del consorcio?

Si No

10. Protección de Datos Personales

1. Tiene Usted en su compañía:

a) Una política vigente de protección de datos personales que cumpla los requisitos mínimos señalados en el artículo 2.2.2.25.3.1, Sección 3, Capítulo 25 del Decreto Reglamentario 1074 de 2015.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) Un manual interno de procedimientos para el tratamiento de datos personales.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c) Un Oficial de Protección de Datos Personales debidamente autorizado por el órgano de administración o de dirección de la sociedad.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2. La información que usted administra se almacena en: (seleccione una Opción)

a) Un servidor externo a cargo de un tercero. <input type="checkbox"/>	País donde guarda la información:
b) Un servidor externo propio <input type="checkbox"/>	País donde guarda la información:
c) Un servidor Propio <input type="checkbox"/>	

3. Tiene usted las siguientes medidas de seguridad para la información de naturaleza personal:

a) Una política de seguridad de la información con alcance a protección de datos personales.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) Tiene implementados procedimientos para reportar y gestionar incidentes de seguridad de protección de datos personales.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c) Tiene un procedimiento para la identificación, asignación y autenticación de usuario con acceso a bases de datos con información personal, de acuerdo con su rol y responsabilidad al interior de la Compañía.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d) Tiene implementados controles para el acceso a la información personal, tanto en instalaciones físicas como a nivel tecnológico.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e) Planes de recuperación y copias de seguridad de información personal, ante pérdida o destrucción de la misma.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

4. Las personas que tienen acceso o realizan actividades de tratamiento sobre la información personal:

a) Son contratistas con:	Acuerdo de confidencialidad con alcance a la protección de datos personales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) Son personas con un contrato de trabajo con:	Acuerdo de confidencialidad con alcance a la protección de datos personales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

5. En el último año cuántos incidentes de seguridad Usted ha reportado ante la SIC: (marque con una X)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

5.1 ¿Ha sido Usted sancionado en los últimos 5 años por la Superintendencia de Industria y Comercio por incumplimiento de la legislación en materia de protección de datos personales?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

11. Documentos que se requieren para la inscripción

- 1. Fotocopia del Rut actualizado con fecha de expedición no anterior a diciembre de 2012
- 2. Fotocopia del documento de identificación del representante legal
- 3. Fotocopia Modelo de su factura
- 4. Certificado de existencia y representación legal con vigencia máxima de 2 meses
- 5. Estados financieros completos de los últimos 3 años
- 6. Copia ultima declaración de renta
- 7. Firma del Código de conducta - Margen de Tolerancia Cero
- 8. Formato de autorización de pagos por transferencia
- 9. Certificación Bancaria

Nota: Los documentos soporte deben ir firmados por el representante legal.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.) _____; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante “las Compañías”) no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro- INIF y a Inversiones Fasecolda- INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a ALLIANZ SEGUROS S.A. y/o ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. y/o ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o ALLIANZ INVERSIONES S.A. y/o ALLIANZ SAS S.A.S., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante “ALLIANZ”) para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión.

Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a: (i) Quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; (ii) Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA y sus filiales; (iii) Operadores y prestadores necesarios para la celebración y el cumplimiento de los contratos; (iv) Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral de contratos con ALLIANZ; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de ALLIANZ o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) De seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de ALLIANZ; (v) Conocer su comportamiento comercial y financiero; (vi) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; (viii) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades de otros países, tal como la de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.

Manifiesto que los datos que he suministrado a ALLIANZ son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada.

Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con ALLIANZ o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

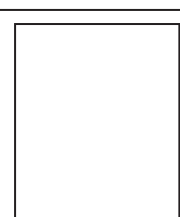
Los Responsables del tratamiento de los datos son las compañías ALLIANZ mencionadas, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24, piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – **Puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.**

4. ALCANCE DE LA INSCRIPCIÓN: Reconozco que la inscripción en este registro no genera la obligación para las Compañías de vincularme como proveedor.

5. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que la modificación de mis datos así lo amerite.

Si las Compañías verifican que la información no es veraz, no continuarán con el procedimiento de inscripción.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma,

Firma del Representante Legal	
C.C. No.	Indice Derecho