



FORMATO CONOCIMIENTO DE
TERCEROS SAGRILAFT

Código: F01
Versión: 1
Fecha:
7/9/2021

1. INFORMACION GENERAL

PERSONA NATURAL
(Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

Nombres y apellidos completos:	AMALFI ESTHER ARTEAGA TOVAR			No.	1065005980							
Identificación:	C.C.	☒	C.E.	☐	T.I.	☐	Expedida en:	CERETE	Fecha de expedición:	02	01	2013
Fecha de nacimiento:	07	09	1996	Lugar de nacimiento:	CUNDINAMARCA			Nacionalidad:	COLOMBIANA			
Dirección de residencia:	cl 12 3 1			Ciudad:	BOGOTA D.C.			Teléfono o fijo:	3505309150	Celular:	3505309150	

DETALLE DE LA ACTIVIDAD

Asalariado	☒	Independiente	☐	Pensionado	☐	
Código de actividad CIU				Correo electrónico:	david.ramirez@ebssas.com	
Ocupación / profesión:	prueba			Nombre de la empresa donde trabaja:	prueba	
Cargo desempeñado:	prueba			Dirección empresa:	cl 13 12 1	
Ciudad:	BOGOTA D.C.		Teléfono:	3505309250	Correo electrónico:	david.ramirez@ebssas.com

PERSONA JURÍDICA

Razón Social:				NIT:								
Dirección oficina principal:			Ciudad			Teléfono:						
Correo electrónico:					Código CIU							
Tipo de empresa:	Pública	☐	Privada	☐	Mixta	☐	Inversión extranjera	☐	Otra	☐	Cual?	☐

2. IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION						NUMERO
	C.C.		C.E.		NIT		
	C.C.		C.E.		NIT		
	C.C.		C.E.		NIT		

3. INFORMACION FINANCIERA

Total activos\$0

Total pasivos\$0

Ingresos mensuales\$2,000,000

Otros ingresos\$2,000,000

Concepto:prueba

Egresos mensuales\$0

Otros egresos\$1,000,000

Concepto:

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

SI

NO

X

Tipo de transacción:

Importación

Exportación

Inversiones

Préstamos

Transferencias

Otros

Cual?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
			0	0	0	

5. PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

¿Por su cargo maneja recursos públicos?

SI

NO

X

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?

SI

NO

X

¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general?

SI

NO

X

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?

SI

NO

X

¿Tiene 2° de afinidad y 2° de Consanguinidad (Padres,hermanos,esposa, primos, suegros, cuñados o concuñados) con PEP?

SI

NO

X

6. INFORMACION BANCARIA

Entidad	Sucursal	Teléfono sucursal	Tipo de cuenta	No. de Cuenta

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

- Declaro expresamente que:
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad,negocio,etc)
 - 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 este documento es veraz, verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
 - Autorizo a Cabarcas Sarmientos SAS para solicitar, consultar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizado para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales la información contenida en este formato. Esta información es confidencial y puede ser solicitada por la Superintendencia de Sociedades o demás autoridades competentes en Colombia.

8. AUTORIZACION CONSULTAS CENTRALES DE RIESGO

En mi calidad de titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo a CABARCAS SARMIENTO SAS, NIT 900331740-7, o a quien represente sus derechos, con domicilio principal en la Cra 3 No 37-71, en Montería (Córdoba), teléfono 3235996414, para consultar a través de cualquier fuente, realizar por cualquier medio la comunicación previa al reporte de información negativa y reportar a Data crédito o en cualquier otra central de información de riesgo, las informaciones y referencias relativas a mi nombre y/o la sociedad que represento, comportamiento y crédito comercial, hábitos de pago, manejo de cuenta (s) y en general, al cumplimiento de mis obligaciones pecuniarias. Igualmente en mi calidad de Titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo a CABARCAS SARMIENTO SAS, o quien represente sus derechos, y/o a Experian Colombia S.A. (en adelante Data Crédito Experian), Carrera 7 No. 76- 35 en Bogotá D.C., tel 3191400, o quien represente sus derechos, a acceder a mis datos personales contenidos en la base de datos Aportes en Línea (Aportes En Línea S.A.900147238-2), Colfondos y/o administradoras de pensiones y demás Operadores de información de seguridad social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, a mis datos personales recolectados por medio del presente formulario y a mis datos personales contenidos en la base de datos de DataCrédito Experian (Operador de información crediticia), en adelante mi información personal, para darle tratamiento en los términos expresados en la Política de Tratamiento de la Información Personal de CABARCAS SARMIENTO SAS, o quien represente sus derechos y/o DataCrédito Experian, y para finalidades de gestión de riesgo crediticio tales como: (1) elaboración y circulación a terceros de scores crediticios, herramientas de validación de ingresos, herramientas predictivas de ingresos, herramientas para evitar el fraude y en general, herramientas que le permitan a los Suscriptores de

DataCrédito Experian, adelantar una adecuada gestión del riesgo crediticio. (2) Compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticia, de servicios y proveniente de terceros países de DataCrédito Experian. (3) Compararla, contrastarla y complementarla con la información personal de Mi datacrédito.

9. AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DATOS PERSONALES ,VISITAS DOMICILIARIAS, NOTIFICAR POR CUALQUIER MEDIO

Declaro además, que entrego de forma libre, voluntaria y doy mi autorización expresa para que CABARCAS SARMIENTO SAS, identificada con Nit. 900331740-7, en lo sucesivo "La Compañía", actuando como responsable del tratamiento de los datos personales y considerando lo dispuesto por la ley 1581 de 2012, el decreto reglamentario 1377 de 2013, decreto único 1074 de 2015, ley 1266 de 2008 y demás normas que los adicionen, modifiquen o deroguen y al manual de políticas de protección de datos personales, diseñados por la compañía, trate mis Datos Personales, con la finalidad de medir niveles de satisfacción, informar sobre campañas de servicio, comunicar campañas promocionales, realizar encuestas, realizar recordatorio para mantenimientos, ejecutar campañas de fidelización, enviar invitaciones a eventos, rifas, realizar actualización de datos, invitar a pruebas de vehículos, ofrecimiento de productos y servicios, comunicar noticias de las marcas que comercialicen y de la red de ventas y servicios, comunicar información relacionada con productos para la financiación en la adquisición de bienes y servicios y para realizar inspecciones domiciliarias, registros de evidencias y verificación de los datos por mi suministrados para el trámite del crédito

10. AUTORIZACION CONSULTA EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

- 1. Acepto la verificación de Sagrilaft realizada por Cabarcas Sarmiento SAS, de manera que velaré por su cumplimiento manteniendo los controles para evitar que Cabarcas Sarmiento SAS sea utilizado en actividades ilícitas. Acepto que CABARCAS SARMIENTO SAS, a que, en caso de incumplimiento de lo anterior, de por terminado unilateralmente, y sin que haya lugar a indemnización alguna a favor mío, todos los contratos que haya celebrado con dicha empresa.
- 2. Que informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.
- 3. Que toda información suministrada en este documento es cierta.

11. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído,entendido y aceptado lo anterior.

OTP : 114436
FECHA : 16/05/2023
AMALFI ESTHER ARTEAGA TOVAR

Firma del representante legal ,cliente, o proveedor Huella Índice Derech



Huella Índice Derecho

12. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

Verificación de la información

Nombre del colaborador quien verifica:

Cargo:

Regional:

fecha verificación