

# Solicitud de Ingreso Independiente



Ciudad  Fecha

Valor Contribución Inicial **\$49.181**

## ASOBURSATIL

Comendidamente solicito consideren mi ingreso como asociado a ASOBURSATIL para la cual suministro la siguiente información:

### INFORMACION BASICA DEL SOLICITANTE

Apellido(s)		Nombre(s)			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Documento de Identificación			Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	
CC	CE	Otro	No.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado Civil					
Soltero	Casado	Separado	Viudo	Unión Libre	Otro Cual ?
Sexo		Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Número de Personas a Cargo	
M	F	D M A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nivel Académico					
Primaria	Bachillerato	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Postgrado
Profesión		Celular	Correo Electrónico		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Vivienda		Tipo de Vivienda	Nombre del Arrendador	Teléfono Arrendador	
Propia	Arriendo	Familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección Residencia			Ciudad	Departamento	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Barrio		Estrato	Teléfono	Teléfono de Residencia	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### ACTIVIDAD ECONOMICA

Empleado(a)	Independiente	Pensionado(a)	Estudiante	Otro	Cual ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Si es empleado(a) diligencie los siguientes campos

Empresa donde trabaja	Cargo	Ingreso Mensual	Fecha de Ingreso		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	M	A
Tipo de Contrato			Correo Electrónico de la Empresa		
Fijo	Indefinido	Obra y Labor	Prestación de Servicios	<input type="text"/>	
Dirección de la Empresa		Ciudad	Departamento	Teléfono	Extensión
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## CUOTAS DE CONTRIBUCION

Nivel de Contribución

Ahorro Permanente

A	B	C	D	\$ 10.432	\$ 20.905	\$ 36.630	\$ 57.673
\$ 1.692	\$ 4.505	\$ 9.130	\$ 17.373	A	B	C	D

## DATOS DEL CONYUGE / COMPAÑERO PERMANENTE

Apellido(s)				Nombre(s)		Número de Identificación	
Dirección				Teléfono Fijo		Celular	
Ocupación				Nombre empresa o actividad a cual se dedica			
Empleado	Independiente	Otro	Cual ?				

## BIEN RAIZ

Tipo Inmueble				Dirección del Bien Raiz			
Casa	Apartamento	Lote	Finca				
Matrícula Inmobiliaria				Ciudad		Departamento	
Hipoteca a Favor de				Valor Comercial		Patrimonio Familiar	
						Si   No	

## VEHICULO

Tipo de Vehículo		Marca	Modelo	Placa
Tipo de Servicio		Valor Comercial	Asegurado con	Pignorado a

## INFORMACION FINANCIERA

### Información Económica

#### Ingresos Mensuales

Salario	\$
Honorarios	\$
Otros Ingresos	\$
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>\$</b>

#### Egresos Mensuales

Arriendo	\$
Gastos Personales / Familiares	\$
Descuentos de Nómina	\$
Otros Gastos	\$
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>\$</b>

Descripción Otros Ingresos

--

## INFORMACION FINANCIERA

### Descripción Activos y Pasivos

Activos			Pasivos		
Tipo	Valor Comercial	Hipoteca o Pignorado	Tipo	Entidad	Saldo
Casa / Apto	\$	SI   NO	Productos de Crédito		\$
Vehículo	\$	SI   NO	Tarjetas de Crédito		\$
Acciones	\$	SI   NO	Cuentas por Pagar		\$
Otros Activos	\$	SI   NO			\$
<b>TOTAL ACTIVOS</b>	<b>\$</b>		<b>TOTAL PASIVOS</b>	<b>\$</b>	

Declara Renta  SI  NO     
 Fecha de Corte de Información Financiera     
 D  M  A

Administra recursos públicos  SI  NO     
 Tiene reconocimiento público  SI  NO     
 Ejerce algún grado de poder público  SI  NO

## OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera      Cuales?

Si     No     

Posee cuentas en moneda extranjera      Entidad      No. de Cuenta

Si     No     
      

Ciudad      País      Moneda

    
      

## BENEFICIARIOS DEL ASOCIADO Y AUTORIZACION EN CASO DE FALLECIMIENTO

Tipo	No. Documento de Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Afinidad	% Designado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012

Autorizo de manera expresa e irrevocable a ASOBURSATIL, a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular, o como representante de éste, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, así como los datos personales de los administradores y/o accionistas de la entidad que represento, y a los que la entidad tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en la presente autorización.

En los términos de la ley 1581 de 2012, manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, conforme con el documento que declaro haber recibido de ASOBURSATIL.

Igualmente autorizo a ASOBURSATIL para solicitar y reportar a la Central de Información del Sector Financiero o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad.

## ORIGEN DE RECURSOS

Yo, identificado con el nombre y documento de identidad expedido en el lugar y fecha establecidos, tal como lo he diligenciado en este documento obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fondos a ASOBURSATIL, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en:

1. La circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria. 2. El estatuto orgánico del sistema financiero. 3. Estatuto Anticorrupción y 4. Demás normas legales concordantes para la apertura y el manejo de cuentas de ahorro y certificados de depósito de ahorro a término, o cualquier norma que las modifique o adicione.

\* Declaro que los recursos que entrego no provienen de actividades ilícitas, especialmente de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

\* No admitiré que terceros efectúen aportes, ahorros y/o pago de obligaciones a mi cuenta con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

\* Autorizo a compensar las sumas de las que sea titular por concepto de aportes, ahorros, y acelerar el plazo para el pago de las obligaciones que mantenga en la entidad, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento.

## DECLARACION FACTA

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

- a) He permanecido más de 183 días en el último año, o 183 días durante los tres últimos años, dentro de territorio de los Estados Unidos  SI  NO
- b) Soy poseedor de la tarjeta verde o "Green Card" de los Estados Unidos (Tarjeta de Residencia)  SI  NO
- c) Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos, si dicho pago proviene de fuentes dentro de los estados unidos  SI  NO
- d) Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que puede producir intereses o dividendos cuya fuente se encuentre dentro de los Estados Unidos.  SI  NO

Declaro que conozco y acepto los estatutos, reglamentos y procedimientos que rigen mi afiliación a ASOBURSATIL y autorizo para que mi empleador descuente de mi salario, prestaciones sociales o de cualquier monto a mi favor, los valores que ASOBURSATIL reporte producto de mi relación como asociado.

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a ASOBURSATIL para que la verifique. He sido enterado de la obligación de actualizar anualmente mi información comercial y financiera y además aquella que solicite ASOBURSATIL por cada producto o servicio.

**Firma Solicitante y C.C.**

Huella Índice Derecho

## REFERENCIAS

Familiar	Nombre	Parentesco ó Vínculo		Celular
	Dirección	Teléfono	Ciudad	
Personal	Nombre	Parentesco ó Vínculo		Celular
	Dirección	Teléfono	Ciudad	
Financiera	Entidad	Sucursal		
	Dirección	Teléfono	Ciudad	Departamento

### SOLICITUD DE AFILIACION REFERIDA O PRESENTADA POR

Nombre(s)	Cédula	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## DOCUMENTOS ANEXOS A LA SOLICITUD

### Para Solicitante con contrato laboral en entidades sin convenio:

- Fotocopia de cédula ampliada al 150% con firma y huella
- Copia registro civil
- Dos (2) últimos desprendibles de nómina
- Certificación Laboral
- Carta de autorización de retiro por mora en aportes y obligaciones

### Para Solicitante Pensionados:

- Fotocopia de cédula ampliada al 150% con firma y huella
- Tres (3) últimos desprendibles de pago de pensión
- Carta de autorización de retiro por mora en aportes y obligaciones

### Solicitante con empresa o actividad profesional propia:

- Fotocopia de cédula ampliada al 150% con firma y huella
- Certificado de Cámara de Comercio (si aplica)
- Nit o Rut.
- Balances y estados financieros certificados por contador público titulado.
- Extractos bancarios.
- Carta de autorización de retiro por mora en aportes y obligaciones

**NOTA: LA AFILIACION COMO ASOCIADO A ASOBURSATIL, SE HARA EFECTIVA DESPUES DEL PRIMER APORTE**

**PARA USO EXCLUSIVO DE ASOBURSATIL**

Datos de las personas con quien se confirmaron los datos de referencias

Recomendación	Apellidos	Nombres	Fecha día mes año	Hora	Observaciones
Familiar					
Personal					
Financiera					

Reporte Central de Riesgo: 1. A  2. B  3. C  4. D  5. CASTIGADA

Observaciones y conceptos:

	Apellidos	Nombres	Fecha día mes año	Cargo	Firma
Realizó la entrevista (Asesor)					
Verificó la información (Funcionario)					

# Solicitud de Ingreso Independiente



Señores  
**ASOBURSATIL**  
Ciudad

Cordial saludo

En mi calidad de asociado por el presente escrito, autorizo de manera expresa e irrevocable a ASOBURSATIL para que en caso de incumplimiento en el pago de cualquiera de las obligaciones a mi cargo proceda a:

- a) Realizar el retiro definitivo como asociado de ASOBURSATIL.
- b) Efectuar la compensación de las sumas de que soy titular en aportes, ahorros y demás derechos económicos, con las obligaciones a mi cargo por cualquier concepto.

Finalmente, si luego de efectuadas las operaciones atrás citadas, existiere algún saldo este sea abonado a la cuenta de Ahorros  Corriente  No.  de la que soy titular en el Banco

Agradezco de antemano su valiosa colaboración.

Cordialmente

Firma

Nombre:

C.C. No.

Dir. Casa:

Barrio:

Teléfono:

Celular:

Email:



Huella Indice Derecho