

	<h1>Solicitud Afiliación Dependiente</h1>	AD-01 V4 Mar-22
---	---	-----------------

COD.A COD.C

Valor Contribución Inicial **\$60.568**

INFORMACIÓN BASICA DEL SOLICITANTE

Ciudad Fecha Vinculación Actualización

Apellido(s) Nombre(s)

Documento de Identificación Fecha de Expedición Lugar de Expedición Nacionalidad

CC CE Otro No.

Estado Civil

Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Viudo(a) Unión Libre Mujer Cabeza de Hogar ? SI NO

Sexo Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento Número de Personas a Cargo

M F D M A

Nivel Académico

Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Universitario Postgrado

Vivienda Tipo de Vivienda

Propia Arriendo Familiar

Profesión Celular Correo Electrónico Personal

Descripción Actividad Económica CIU

Dirección Residencia Ciudad Departamento

Barrio Estrato Teléfono

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa donde trabaja Cargo Fecha de Ingreso

D M A

Tipo de Contrato Correo Electrónico de la Empresa

Fijo Indefinido Obra y Labor Prestación de Servicios

Dirección de la Empresa Ciudad Departamento Teléfono Extensión

DATOS DEL CONYUGE / COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Apellido(s)				Nombre(s)				Número de Identificación							
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>							
Dirección				Teléfono Fijo				Celular							
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>							
Ocupación								Nombre empresa o actividad a cual se dedica							
Empleado				Independiente				Otro				Cual ?			
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>							

INFORMACIÓN FINANCIERA

Información Económica

Ingresos Mensuales

Salario	\$	<input type="text"/>
Honorarios	\$	<input type="text"/>
Otros Ingresos	\$	<input type="text"/>
TOTAL INGRESOS	\$	<input type="text"/>

Egresos Mensuales

Arriendo	\$	<input type="text"/>
Gastos Personales / Familiares	\$	<input type="text"/>
Otros Gastos	\$	<input type="text"/>
TOTAL EGRESOS	\$	<input type="text"/>

Descripción Otros Ingresos

Descripción Activos y Pasivos

Activos

Tipo	Valor Comercial
Casa / Apto	\$ <input type="text"/>
Vehículo	\$ <input type="text"/>
Acciones	\$ <input type="text"/>
Otros Activos	\$ <input type="text"/>
TOTAL ACTIVOS	\$ <input type="text"/>

Pasivos

TOTAL PASIVOS	\$ <input type="text"/>
----------------------	-------------------------

Patrimonio

TOTAL PATRIMONIO	\$ <input type="text"/>
-------------------------	-------------------------

Declara Renta SI NO

PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE (PEP)

- 1- Usted es o ha sido funcionario público en los último dos (2) años? SI NO
- 2- Usted administra o ha administrado recursos públicos durante los últimos dos (2) años? SI NO
- 3- Usted goza de reconocimiento público en general? SI NO
- 4- Usted tiene algún vinculo con un PEP (sociedad conyugal/compañero(a) permanente o vínculo familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad y primero civil)? SI NO
- Si su respuesta en afirmativa relacione los siguientes datos"

Nombre Completo	Número de Identificación	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN MONEDA EXTRANJERA

Realiza transacciones en moneda extranjera SI NO Cuales?

Posee productos financieros en el exterior ? SI NO Posee cuentas en moneda extranjera ? SI NO

Tipo de Producto	Identificación o Número de Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
<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"/>

DECLARACIÓN FATCA (LEY DE CUMPLIMIENTO TRIBUTARIO DE LAS CUENTAS EXTRANJERAS)

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

BENEFICIARIOS DEL ASOCIADO Y AUTORIZACIÓN 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"/>

ORIGEN DE RECURSOS

Yo, identificado con el nombre y número de identidad de acuerdo a lo diligenciado en éste documento, obrando en nombre propio, declaro de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fondos en atención al procedimiento de debida diligencia adoptado de conformidad con el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) de ASOBURSATIL, lo señalado en la circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria. El Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Estatuto Anticorrupción y 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.

1. Declaro que estos recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita, de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
2. 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.
3. Eximo a ASOBURSATIL de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o en cualquier documento que la modifique, adicione o complemente.
4. Autorizo 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.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012

Declaro que ASOBURSATIL como responsable del tratamiento de mis datos personales, me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales me fueron informados a través del sitio web de la entidad www.asobursatil.org en la parte correspondiente a las Políticas de Tratamiento y Protección de Datos Personales y las dudas presentadas al respecto, me fueron aclaradas.

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, y a los que la entidad tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en la presente autorización.

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.

AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a ASOBURSATIL o a quien represente sus derechos o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos, de forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y de información financiera, crediticia y comercial; consulte, informe, reporte, procese y divulge a las centrales de riesgo, toda la información referente a mi comportamiento financiero, crediticio y comercial que resulte de todas las operaciones que bajo cualquier modalidad me hubiese otorgado.

AUTORIZACIONES

Declaro que conozco y acepto los estatutos, reglamentos y procedimientos que rigen mi afiliación a ASOBURSATIL y autorizo para que mi empleador descuenta 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.

Autorizo a _____, para deducir y/o retener mensualmente de las sumas que me deban ser pagadas, por concepto, tales como salarios, primas, bonificaciones, etc., los valores correspondientes a mi ahorro y contribución ordinaria según mi salario vigente, y de todas las obligaciones a mi cargo y a favor de **ASOBURSATIL**, y así mismo estos descuentos sean entregados directamente a **ASOBURSATIL**.

En caso de cambio en mi nivel salarial, autorizo a _____ para hacer la respectiva modificación de mi ahorro y contribución ordinaria.

En caso de mi retiro definitivo de _____ autorizo a ASOBURSATIL para excluirme automáticamente de todos los programas de seguros y de salud en los que me encuentre incluido a través de la asociación.

SOLICITUD DE AFILIACION REFERIDA O PRESENTADA POR

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

<input type="text"/> <i>Firma Asociado y C.C.</i>	<input type="text"/> Huella Índice Derecho	<input type="text"/> <i>VoBo Administrativo y/o Gestión Humana / Firma y Sello</i>
--	---	---

PARA USO EXCLUSIVO DE ASOBURSATIL

Nombres y apellidos de quién realizó la entrevista (Asesor Comercial)

Fecha de Entrevista	<table border="1"><tr><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr></table>	D	M	A	Firma	<input type="text"/>
D	M	A				

Nombre y cargo del funcionario que verifica la identificación

Fecha de Verificación de la información	<table border="1"><tr><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr></table>	D	M	A	Firma	<input type="text"/>
D	M	A				

Observaciones y conceptos:

DOCUMENTOS ANEXOS A LA SOLICITUD

- Copia de Cédula del afiliado ampliada a 150%
- Copia del documento de identificación de los beneficiarios (Registro civil, Tarjeta de Identidad, Cédula)
- Certificación Laboral
- Declaración de Renta del último año gravable (si declara)