

	<h1>Solicitud Afiliación Independiente</h1>	AI-02-V3-Jun-19
---	---	-----------------

 COD.A  COD.C 

 Valor Contribución Inicial **\$60.568**

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL SOLICITANTE

 Ciudad  Fecha     Vinculación  Actualización 

 Apellido(s)  Nombre(s) 

Documento de Identificación				Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Nacionalidad
CC	CE	Otro	No.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado Civil						
Soltero(a)	Casado(a)	Separado(a)	Viudo(a)	Unión Libre (a)	¿Mujer Cabeza de Hogar?	Si No

Sexo		Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento		Número de Personas a Cargo	
M	F	D	M	A	<input type="text"/>	<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"/>

Descripción Actividad Económica	CIU
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vivienda	Tipo de Vivienda		
Propia	Arriendo	Familiar	<input type="text"/>

Dirección Residencia	Ciudad	Departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Barrio	Estrato	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## INFORMACIÓN LABORAL

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

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"/>

## DATOS DEL CÓNYUGE Y/O 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	
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Cual ?	<input type="text"/>	

## INFORMACIÓN FINANCIERA

### Información Económica

#### Ingresos Mensuales

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

#### Egresos Mensuales

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

#### Pasivos

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

#### Patrimonio

<b>TOTAL PATRIMONIO</b>	\$ <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.

- Los recursos o bienes que entrego a ASOBURSATIL provienen de las siguientes fuentes: (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc, no escribir genéricos) \_\_\_\_\_
- 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.
- 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.
- Me comprometo a actualizar los datos e información anualmente que fueren requeridos por ASOBURSATIL.
- 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.
- 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](http://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 servidos, 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 RIESGOS

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 divulgue 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.

## REFERENCIAS

Familiar	Nombre	Parentesco ó Vínculo		Celular
	Dirección	Teléfono	Ciudad	

Personal	Nombre	Parentesco ó Vínculo		Celular
	Dirección	Teléfono	Ciudad	

### SOLICITUD DE AFILIACION REFERIDA O PRESENTADA POR

Nombre(s)

Cédula

Teléfono

**Firma Solicitante y C.C.**

Huella Índice Derecho

## PARA USO EXCLUSIVO DE ASOBURSATIL

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

Familiar - Nombres y Apellidos

Fecha    Hora  Observaciones

Personal - Nombres y Apellidos

Fecha    Hora  Observaciones

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

Fecha de Entrevista    Firma

Nombres y cargo del funcionario que verifica la información

Fecha de Verificación de la Información    Firma

Observaciones y Conceptos:

## DOCUMENTOS ANEXOS A LA SOLICITUD

### Para Solicitud con Contrato Laboral en entidades sin convenio

- Copia de Cédula del afiliado ampliada a 150%
- Copia del documento de identificación de los beneficiarios (Registro civil, Tarjeta de Identidad, Cédula)
- Certificación Laboral
- Dos (2) últimos desprendibles de nómina
- Declaración de Renta del último año gravable (si declara)
- Carta de Autorización en caso de incumplimiento de mis obligaciones

### Para Solicitantes con empresa o actividad profesional propia:

- Copia de Cédula del afiliado ampliada a 150%
- Copia del Rut
- Copia del documento de identificación de los beneficiarios (Registro civil, Tarjeta de Identidad, Cédula)
- Original del Certificado de Cámara y Comercio con vigencia no mayor a un mes (si aplica)
- Extractos Bancarios del último mes
- Estados financieros certificados por contador público titulado (último año)
- Declaración de Renta del último año gravable
- Carta de Autorización

### Para Solicitantes Pensionados:

- Copia de Cédula del afiliado ampliada a 150%
- Copia del documento de identificación de los beneficiarios (Registro civil, Tarjeta de Identidad, Cédula)
- Tres (3) últimos desprendibles de pago de pensión
- Declaración de Renta del último año gravable (si declara)
- Carta de Autorización

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

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