

	<h1>Actualización Datos Asociados</h1>	ADA-10-V2-May-24
---	--	------------------

COD.A  COD.C

## INFORMACIÓN BÁSICA

Ciudad  Fecha

Apellido(s)

Nombre(s)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Documento de Identificación

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

Número de Personas a Cargo

Nivel Académico

<input type="text"/>	Primaria	Bachillerato	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Especialización
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Profesión

Celular

Correo Electrónico

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Descripción Actividad Económica

CIU

Vivienda

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Propia	Arriendo	Familiar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección Residencia

Teléfono

Ciudad

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Barrio

Estrato

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

## INFORMACIÓN LABORAL

Empleado (a) Pensionado (a) Independiente

<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de Contrato

Correo Electrónico de la Empresa

Fijo	Indefinido	Obra y Labor	Prestación de Servicios	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de la Empresa

Ciudad

Teléfono

Extensión

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## INFORMACIÓN FINANCIERA

### Información Económica

#### Ingresos Mensuales

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

#### Egresos Mensuales

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

Descripción Otros Ingresos

### Descripción Activos y Pasivos

#### Activos

Tipo	Valor Comercial
Casa / Apto	\$
Vehículo	\$
Acciones	\$
Otros Activos	\$
<b>TOTAL ACTIVOS</b>	\$

#### Pasivos

TOTAL PASIVOS \$

#### Patrimonio

TOTAL PATRIMONIO \$

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 consaguinidad, 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 modena extrajera  SI  NO Cuales?

Poseé productos financieros en el exterior ?  SI  NO

Poseé 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"/>

## BENEFICIARIOS DEL ASOCIADO Y AUTORIZACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO

Tipo	No. Documento de Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Afinidad	% Designado

En caso de no diligenciar beneficiarios, se deberá realizar proceso de sucesión por cualquier valor.

## 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. 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) \_\_\_\_\_
2. 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.
3. 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.
4. Me comprometo a actualizar los datos e información anualmente que fueren requeridos por ASOBURSATIL.
5. 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.

## 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.

*Firma Asociado y C.C.*

PARA USO EXCLUSIVO DE ASOBURSATIL

Nombre y cargo del funcionario que verifica la identificación

Fecha de Verificación de la información

D	M	A
---	---	---

Firma

Observaciones y conceptos:

## DOCUMENTOS ANEXOS A LA SOLICITUD

- Copia del documento de identificación de los beneficiarios (Registro civil, Tarjeta de Identidad, Cédula)
- Certificación Laboral Vigente
- Dos (2) últimos desprendibles de nómina (si aplica)
- Dos (2) últimos desprendibles de pensión (si aplica)
- Declaración de Renta del último año gravable (si declara)

