

	<h2 style="margin: 0;">Solicitud Afiliación Dependiente</h2>	AD-01 V5 Ene-25
---	--	-----------------

COD.A COD.C

Valor Contribución Inicial **\$60.568**

INFORMACIÓN BASICA DEL SOLICITANTE

Ciudad Fecha D M A Vinculación Actualización

Apellido(s) Nombre(s)

Documento de Identificación	Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Nacionalidad
CC <input style="width: 20px;" type="text"/> CE <input style="width: 20px;" type="text"/> Otro <input style="width: 20px;" type="text"/> No. <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

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 <input style="width: 20px;" type="text"/> F <input style="width: 20px;" type="text"/>	D <input style="width: 20px;" type="text"/> M <input style="width: 20px;" type="text"/> A <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

Nivel Académico

Primaria	Bachillerato	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Postgrado
----------	--------------	---------	-----------	---------------	-----------

Vivienda	Tipo de Vivienda
Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	<input style="width: 550px;" type="text"/>

Profesión	Celular	Correo Electrónico Personal
<input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>

Descripción Actividad Económica	CIU
<input style="width: 750px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

Dirección Residencia	Ciudad	Departamento
<input style="width: 390px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>

Barrio	Estrato	Teléfono
<input style="width: 500px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa donde trabaja	Cargo	Fecha de Ingreso
<input style="width: 550px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	D <input style="width: 20px;" type="text"/> M <input style="width: 20px;" type="text"/> A <input style="width: 20px;" type="text"/>

Tipo de Contrato	Correo Electrónico de la Empresa
Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra y Labor <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios <input type="checkbox"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>

Dirección de la Empresa	Ciudad	Departamento	Teléfono	Extensión
<input style="width: 300px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

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							
<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"/>
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"/>

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

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES.

En mi calidad de solicitante, declaro expresamente y de manera voluntaria, que los recursos que entregue a ASOBURSATIL, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Básica Jurídica expedida la Superintendencia de Economía Solidaria, el Estatuto del Sistema Financiero, Estatuto Anticorrupción y demás normas complementarias, así como aquellas posteriores que las aclaren, modifiquen, adicione o sustituya y provienen de actividades lícitas.

1. Todos los recursos y/o bienes que poseo han sido obtenidos de los siguientes medios y/o actividades

2. Actualmente desarrollo las siguientes actividades profesionales y/o comerciales

En caso de que posteriormente desarrolle cualquier actividad profesional y/o comercial, que conlleve ingresos adicionales, lo comunicaré de manera inmediata a ASOBURSATIL.

3. No admitiré y me cercioraré de que terceros no efectúen abonos a mis productos con recursos provenientes de lavado de activos o actividades ilegales.

4. Eximo a Asobursatil de toda responsabilidad que se derive de información errónea, falta o inexacta que hubiere proporcionado en esta solicitud y/o suministrada a través de documento que la modifique, adicione o complemente durante la vigencia de la relación comercial.

5.- Autorizó expresamente que en caso de que por cualquier circunstancia cometa infracción a lo aquí indicado en los puntos anteriores, para que ASOBURSATIL declare vencido el plazo de todas mis obligaciones y cruce o compense las mismas con mis aportes y/o ahorros

AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012

En mi calidad de solicitante y titular de la información suministrada en este formato y de la información que se suministre durante la vigencia de la relación comercial y/o mientras subsistan obligaciones sin pagar, autorizo expresamente a ASOBURSATIL o a quien represente sus derechos a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, y de terceros países de la misma naturaleza en la centrales de información y/o bases de datos de entidades creadas para ello, quienes podrán conocer mi información de conformidad con la legislación y la jurisprudencia aplicable y podrá ser utilizada para efectos estadísticos.

Mis derechos y obligaciones, así como la permanencia de la información en las bases de datos que corresponda a lo determinado por la Ley, el cual puede ser de carácter público de lo cual manifiesto estar enterado.

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 expresamente que he leído los estatutos, reglamentos y procedimientos que rigen en ASOBURSATIL, razón por la cual los conozco y acepto. Así mismo autorizó expresamente a mi empleador para que descuenta de mi salario, prestaciones sociales y/o de cualquier suma que me adeude ASOBURSATIL a mi favor, cualquier suma de dinero que le llegue a adeudar durante la vigencia de mi incorporación 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

D	M	A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma

Nombre y cargo del funcionario que verifica la identificación

Fecha de Verificación de la información

D	M	A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma

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)