

 ASOBURSATIL ASOCIACION MUTUAL BURSATIL	Solicitud Afiliación Dependiente	AD-01 V6 Oct 25
--	---	-----------------

 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
Dirección	Teléfono Fijo	Celular
Ocupación	Nombre empresa o actividad a cual se dedica	
Empleado Independiente Otro Cual ?		

INFORMACIÓN FINANCIERA

Información Económica

Ingresos Mensuales

Salario	\$
Honorarios	\$
Otros Ingresos	\$
TOTAL INGRESOS	\$

Egresos Mensuales

Arriendo	\$
Gastos Personales / Familiares	\$
Otros Gastos	\$
TOTAL EGRESOS	\$

Descripción Otros Ingresos

Descripción Activos y Pasivos

Activos

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

Pasivos

TOTAL PASIVOS	\$
----------------------	-------------------------

Patrimonio

TOTAL PATRIMONIO	\$
-------------------------	-------------------------

Declara Renta SI NO

CUENTA BANCARIA

Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Entidad
Corriente Ahorros		
Sucursal	Ciudad	

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 vínculo 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 su respuesta en afirmativa relacione los siguientes datos"	SI NO

Nombre Completo	Número de Identificación	Parentesco

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

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

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, adicionen 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.

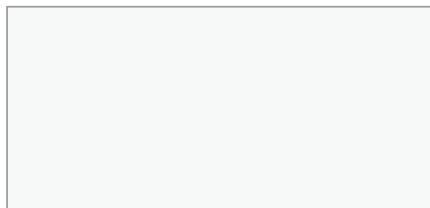
En caso de mi retiro definitivo de _____ autorizo a ASOBURSATIL para excluirme automáticamente de todos los programas de seguros y de salud en los que me encuentre incluido a través de la asociación.

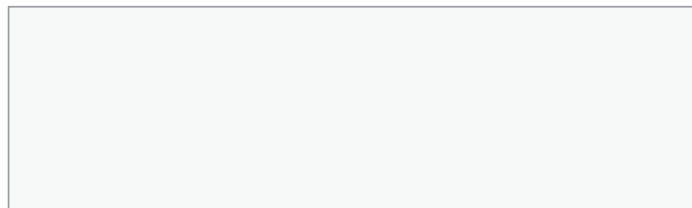
SOLICITUD DE AFILIACION REFERIDA O PRESENTADA POR

Nombre(s)

Cédula

Teléfono

 Firma Asociado y C.C.	 Huella Índice Derecho
--	--

 VoBo Administrativo y/o Gestión Humana / Firma y Sello
--

PARA USO EXCLUSIVO DE ASOBURSATIL

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

Fecha de Entrevista

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

Firma

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 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)