

	<h1>Solicitud Afiliación Independiente</h1>	AI-02 V5 Mar-26
---	---	-----------------

 COD.A  COD.C 

 Valor Contribución Inicial **\$64.000**

## 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"/>

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.

## AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012

En mi calidad de solicitante y titular de la información suministrada en este formado 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 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

Declaro expresamente que he leído los estatutos, reglamentos y procedimientos que rigen en ASOBURSATIL, razón por la cual los conozco y acepto.

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.

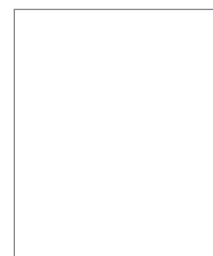
Dir. Casa:

Barrio:

Teléfono:

Celular:

Email:



Huella Indice Derecho