

FECHA SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

FORMULARIO DE ACTUALIZACION Y/O VINCULACIÓN DEL ASOCIADO									
ASOCIACIÓN MUTUAL AMUSSE					OFICINA:				
<b>1. PERSONA JURIDICA</b>									
Razon Social					NIT				
Numero de Matricula o Fecha Matricula Camara de Comercio:									
Dirección Domicilio					Departamento			Ciudad	
Telefono Fijo					Fax – Celular				
Tipo de empresa			Privada		Publica			Mixta	
Actividad Economica									
Nombre Completo Representante Legal									
No. Identificación		RC	CC	TI	CE	PAS.	No.		
Fecha de Expedicion	Dia:		Mes:		Año:		Lugar:		
Nacionalidad									
Fecha de Nacimiento		Dia			Mes			Año	
Lugar de Nacimiento		Departamento				Municipio			
Estado Civil		Soltero(a)		Casado(a)		Union Libre		Viudo(a)	Divorciado(a)
Nivel de Estudios		Primaria		Bachiller		Tecnica	Tecnologia		Universitaria
Ocupacion/ Profesión									
Direccion de Domicilio									
Departamento			Municipio			Ciudad/Barrio			
Urbana			Rural			Estrato			
Tipo de Vivienda		Propia			Familiar			Arrendada	
Telefono Fijo:			Celular:			Correo Electronico:			
Accionista o asociados que tengan directa o indirectamente una participacion superior al 5% del capital social, aporte o participacion.									
Tipo de documento de Identificación		Numero de documento de Identificación			Nombres y Apellidos			% de Participación	
<b>2. INFORMACION FINANCIERA</b>									
Ingresos (Salario) Mensual		Otros ingresos Mensuales			Total Ingresos Mensuales			Egresos (Gastos) Mensuales	
Activos (Bienes Propios)					Pasivos (Todas las Deudas)				
<b>3. DETALLE CUENTA BANCARIA</b>									
Cuenta		Banco			Tipo de cuenta		Ahorro	Corriente	
<b>4. DEDUCCIONES MENSUALES PARA AHORRO</b>									
Al solicitar mi ingreso como asociado (a) a la Asociacion Mutual AMUSSE, acepto los estatutos, reglamentos y demas que lo rigen reglamentos vigentes a través de la pagina <a href="http://www.mutualamusse.com">www.mutualamusse.com</a>									
<b>AHORRO</b>		<b>DED. DECADAL</b>	<b>DED. QUINCENAL</b>	<b>DED. MENSUAL</b>	<b>BENEFICIARIO</b>				
Corriente					<b>NOMBRE:</b>			<b>C.C.</b>	
Navideño					<b>CEL:</b>		<b>Parentesco:</b>		
<b>5. DECLARACIÓN PEP (PERSONA PUBLICA EXPUESTA)</b>									
¿Por su cargo o actividad majera recursos públicos?					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público?					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
¿Existe algun vinculo entre usted y una persona considerada publicamente expuesta?					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Si respondio en algunas de las preguntas afirmativamente por favor especifique cual:									
<b>6. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES</b>									
Realiza operaciones en moneda extranjera					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Importaciones		Exportaciones		Inversiones		Transferencias			

Posee cuentas en moneda extranjera		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Tipo de producto	Entidad	Moneda	No. Cuenta Moneda	Ciudad	País
Monto					
<b>7. AUTORIZACIONES</b>					
<b>DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS</b>					
Con el propósito de dar cumplimiento a lo estipulado por la Superintendencia de la Economía Solidaria y las normas legales, referentes a los servicios de ahorro y crédito, realizo la siguiente declaración sobre el origen de los bienes y/o servicios:					
*Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione.					
*No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con recursos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.					
<b>CONSULTA Y REPORTE EN LISTAS</b>					
Autorizo a la Asociación Mutual AMUSSE para que, de manera permanente y exclusiva para fines de información financiera, consulte, reporte, actualice, registre, rectifique y obtenga de las centrales de información y de los demás bancos de datos autorizados para tales efectos, la información relacionada con mis operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se me hubieren otorgado o se me otorguen en el futuro, hasta que así se considere necesario. Autorizo a la Asociación Mutual AMUSSE para que, en caso de incumplimiento de mis obligaciones, me notifiquen del reporte negativo a mi dirección de residencia o al correo electrónico registrado en esta solicitud. Declaro que los recursos entregados al fondo no provienen de ninguna actividad ilícita y autorizo a la Asociación Mutual AMUSSE para que consulte en los listados vinculados con el lavado de activos y financiación del terrorismo LA/FT.					
<b>TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>					
En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y el decreto ley 1377 de 2013, y demás leyes que regulen el tema de habeas Data, declaro que la Asociación Mutual AMUSSE, como responsable del tratamiento y protección de mis datos personales, recolectados en virtud de mi calidad como asociado me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información, para la protección, modificación o supresión de los mismos, además de la disponibilidad para consultarlos permanentemente a través de la página www.mutualamusse.com, "política para el tratamiento y la protección de datos personales", por lo tanto, autorizo a la Asociación Mutual Amusse o a quien represente u ostente en el futuro la calidad de contratante o cualquier calidad como titular de la información de forma permanente, para:					
1. Recolectar, consultar, actualizar, modificar, procesar y eliminar la información referente a mis datos personales, consignados en esta solicitud y anexos, o proporcionada a través de cualquier otro medio (físico, virtual, telefónico o electrónico).					
2. Soliciten, consulten, compartan, informen, reporten, procesen, modifiquen, aclaren, retiren o divulguen, ante las entidades de consulta de bases de datos públicas o privadas u operadores de información y riesgo, o ante cualquier otra entidad que maneje o administre de datos con los fines legalmente definidos para este tipo de entidades todo lo referente a relaciones o servicios prestados o sostenidos en otras entidades o personas.					
3. Compartan, transmitan, transfieran y divulguen mi información y documentación con otras entidades públicas o privadas, a fin de que las entidades usen mis datos, a partir de la recepción de los mismos para: gestionar, establecer, mantener, administrar y terminar la relación de asociación o para la prestación de servicios con terceros: administrar el riesgo de lavado de activo y de financiación del terrorismo; reportar información a las autoridades judiciales, aduaneras, de impuestos y cualquier otra que lo requieran en virtud de sus funciones.					
4. Autorizo a la Asociación Mutual AMUSSE para debitar de mis depósitos de ahorro, todo compromiso que se desprenda de la vinculación con ella.					
<b>AUTORIZACION ENVIO DE INFORMACIÓN</b>					
Mensaje de texto		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Envío correo electrónico	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Como constancia de haber leído, entendido lo anterior, firmo el presente documento, garantizando que la información que he suministrado y los anexos, son ciertos y verificables. Garantizando actualizarla por lo menos una vez al año.					
Firma		C.C. Huella		Nombres y Apellidos CC.	
<b>8. USO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD</b>					
Anexa fotocopia de la cédula <input type="checkbox"/>			La información de la cédula coincide con lo registrado en el formato <input type="checkbox"/>		
Se confirman los datos registrados en el documento <input type="checkbox"/>			Se verifico listas restrictivas <input type="checkbox"/>		
<b>RECOLECTOR DE INFORMACIÓN</b>			<b>VERIFICADOR DE LA INFORMACIÓN</b>		
Nombre:			Nombre:		
Cargo		Fecha	Cargo		Fecha
<b>APROBACION OFICIAL DE CUMPLIDO</b>					
Firma			Observaciones		

