

FORMULARIO DE ACTUALIZACION Y/O VINCULACIÓN DEL ASOCIADO									
ASOCIACIÓN MUTUAL AMUSSE					OFICINA:				
1. INFORMACION PERSONAL									
Primer Apellido:					Segundo Apellido:				
Primer Nombre					Segundo Nombre:				
No. Identificación	RC	CC	TI	CE	PAS.	No.			
Fecha de Expedición	Día:	Mes:	Año:			Lugar:			
Nacionalidad									
Fecha de Nacimiento	Día			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		Tecnología		Universitaria
Ocupacion/ Profesión									
Direccion de Domicilio									
Departamento			Municipio			Ciudad/Barrio			
Urbana			Rural			Estrato			
Tipo de Vivienda	Propia			Familiar			Arrendada		
Telefono Fijo:		Celular:			Correo Electronico:				
INFORMACION CONYUGUE									
Nombre Completo:									
Direccion:					Telefono:				
Celular		Empresa donde Labora							
2. INFORMACION LABORAL									
Empresa:									
Tipo de Contrato				Fijo:			Indefinido:		
Direccion Empresa				Departamento			Municipio		
Sede			Telefono Fijo			Celular			
Cargo Actual				Jefe Inmediato					
Actividad Economica				Ciudad CIUU					
3. INFORMACION FINANCIERA									
Ingresos (Salario) Mensual		Otros ingresos Mensuales			Total Ingresos Mensuales			Egresos (Gastos) Mensuales	
Activos (Bienes Propios)				Pasivos (Todas las Deudas)					
4. DETALLE CUENTA BANCARIA									
Cuenta		Banco		Tipo de cuenta			Ahorro	Corriente	
5. DEDUCCIONES MENSUALES PARA AHORRO									
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 www.mutualamusse.com									
AHORRO		DED. DECADAL		DED. QUINCENAL		DED. MENSUAL		BENEFICIARIO	
Corriente								NOMBRE:	
Navideño								C.C.	CEL:
6. DECLARACIÓN PEP (PERSONA PUBLICA EXPUESTA)									
¿Por su cargo o actividad maneja 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:									
7. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES									
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	Pais
Monto					
8. AUTORIZACIONES					
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS					
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.					
CONSULTA Y REPORTE EN LISTAS					
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.					
TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES					
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 depositos de ahorro, todo compromiso que se desprenda de la vinculacion con ella.					
AUTORIZACION ENVIO DE INFORMACIÓN					
Mensaje de texto		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Envió 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 _____		Huella _____		Nombres y Apellidos: _____	
				CC. _____	
9. USO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD					
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"/>		
RECOLECTOR DE INFORMACIÓN			VERIFICADOR DE LA INFORMACIÓN		
Nombre:			Nombre:		
Cargo		Fecha	Cargo		Fecha
APROBACION OFICIAL DE CUMPLIDO					
Firma			Observaciones		

