

FECHA SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

FORMULARIO DE VINCULACION AL SERVICIO DE PROTECCION EXEQUIAL						
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	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	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:		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:				C.C:		TELEFONO:
2. INFORMACION FINANCIERA						
Ingresos		De uno a Dos salarios minimos		De tres A cinco salarios		Egresos (Gastos) Mensuales
2. 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:						
3. 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						
4. 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 depósitos de ahorro, todo compromiso que se desprenda de la vinculación con ella.

AUTORIZACION ENVIO DE INFORMACIÓN

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.

_____	Nombres y Apellidos: _____
Firma	Huella
	CC.

5. 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	Cargo
Fecha	Fecha

APROBACION OFICIAL DE CUMPLIDO

Firma	Observaciones
--------------	----------------------