



BANCA MUTUAL SISDEACOM

NIT:901108127-0

BancaMutuales

¡Te ayudamos a construir un nuevo estilo de vida!

FORMULARIO DE ASOCIADO PERSONA JURIDICA		N°	
CIUDAD		FECHA	

1. INFORMACIÓN PERSONA JURÍDICA			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NIT	
DIRECCIÓN	DEPTO	CIUDAD	TELEFONO
ACTIVIDAD	E-EMAIL		
2. REPRESENTANTE LEGAL			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	FECHA DE EXPEDICION	LUGAR DE EXPEDICION
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>			
F.NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	
E-MAIL	DIRECCION	CIUDAD	
DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO	CEL:
PROFESION U OFICIO	ESTADO CIVIL		
Usted ha pertenecido a alguna organización social si ___ No ___ Cual: _____			
Maneja recursos públicos si ___ No ___ tiene reconocimiento público Sí ___ No ___			
Se encuentra actualmente o ha desempeñado cargos públicos en los últimos años Si ___ No ___			
Indique el último cargo desempeñado: _____			
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Sí ___ No ___			
Realiza operaciones en moneda extranjera si ___ No ___ En caso de contestar si por favor indique el tipo			
Exportaciones ___ importaciones ___ inversiones ___ prestamos ___ otro ___			
Cual: _____			
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? Si ___ No ___ Que país: _____			
3. INFORMACION FINANCIERA			
INGRESO MENSUAL	OTROS INGRESOS MENSUALES	TOTAL, INGRESOS MENSUALES	TOTAL, EGRESOS MENSUALES
\$	\$	\$	\$
TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$
Indique el concepto de otros ingresos. _____			
indique la actividad u ocupación que originan sus ingresos: _____			

1. JUNTA DIRECTIVA DE LA ORGANIZACIÓN			
NOMBRES	DOCUMENTO	TELFONO	CARGO
			Presidente
			vicepresidente
			secretari@

CONDICIONES PROPUESTAS POR EL ASOCIADO	
Valor de inscripción	\$
Valor cuota de aporte	\$
Valor ahorro voluntario	\$
valor total (inscripción <input type="checkbox"/> + aporte <input type="checkbox"/> + ahorro <input type="checkbox"/>	\$
Tiempo de ahorro	meses años

TIPO DE AHORRO VOLUNTARIO

Ahorro a la vista Ahorro programado Ahorro Navideño Ahorro Mutualito Ahorro Educativo Ahorro vacacional

Tel: (2)3446871
Cel: +573147149446



www.bancamutualsisdeacom.org
gerencia@bancamutualsisdeacom.org





BANCA MUTUAL SISDEACOM

NIT:901108127-0

BancaMutuales

¡Te ayudamos a construir un nuevo estilo de vida!

Nombre de la unidad productiva	
Descripción de la unidad productiva	
Fecha de Inicio	
proyecto	

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a la normatividad vigente sobre el uso y protección de datos "Habeas Data", como se establece en la ley 1581 de 2012, requerimos a nuestros asociados su autorización para dar manejo a la información personal consignada en nuestras diferentes bases de datos, la cual se ha recolectado producto del desarrollo de nuestras actividades comerciales y objeto social a lo largo de los últimos años. Por lo anterior, declaro que he sido informado de manera clara y expresa en los siguientes puntos:

1. DEFINICIONES: POR DATOS PERSONALES se hace referencia a cualquiera o todos los datos personales que he entregado, entrego y entregaré a BANCA MUTUAL SISDEACOM para su tratamiento, de mis datos personales
2. ALCANCE: BANCA MUTUAL SISDEACOM en cumplimiento al Decreto 1377 de 2013 y la ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales "Habeas Data", requiere de información básica personal de sus afiliados, prestadora, proveedores, funcionarios y asociados que será utilizada de manera transparente, lícita, segura, confiable, y únicamente se emplearán para los fines concernientes con nuestro objeto social.
3. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES: Nuestros DATOS PERSONALES serán tratados por BANCA MUTUAL SISDEACOM, esto serán recolectados, almacenados, usados, analizados, circulados, compartidos, transmitidos, transferidos, suprimidos, o cualquier otro tratamiento que llegue a ser necesario para las siguiente finalidad: Como ASOCIADO para la afiliación como asociado, registro de sus necesidades socioeconómicas (educación, vivienda, salud, ahorro, crédito etc.), para el envío de información a través de Email, Mensajes de texto (SMS y/o MMS) o de cualquier otro medio de comunicación sobre su afiliación como asociado y/o cambios en la normatividad vigente.
4. PERSONAS QUE HARÁN TRATAMIENTO: Que los DATOS PERSONALES serán tratados de conformidad con las finalidades señaladas por BANCA MUTUAL SISDEACOM como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios como terceros vinculados. Los terceros vinculados necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con BANCA MUTUAL SISDEACOM, tales como: talleres, capacitación, desarrollo de proyectos y otras actividades consagrada en los estatutos
5. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en el Decreto 1377 de 2013. Especialmente tengo derecho a: conocer, consultar, actualizar y rectificar los DATOS PERSONALES; solicitar prueba de la autorización otorgada; ser informado, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a mis DATOS PERSONALES; presentar quejas, reclamos o solicitudes ante las autoridades correspondientes o directamente ante BANCA MUTUAL SISDEACOM; revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; y acceder en forma gratuita a los DATOS PERSONALES que hayan sido objeto de Tratamiento.
6. DEBERES DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados en la presente autorización son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable; por ello, autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, nacional o extranjera desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial o financiera con BANCA MUTUAL SISDEACOM. De igual forma, me comprometo actualizar o confirmar la información y/o documentación cada vez que lo amerite, o cuando se presente cualquier cambio en la información relacionada con: los datos de contacto, el lugar de residencia fiscal y/o domicilio, dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se produzca dicho cambio.
7. POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Declaro que me han informado que las Políticas de Tratamiento de Datos Personales de BANCA MUTUAL SISDEACOM se encuentran a mi disposición de forma permanente en la página, www.bancamutualsisdeacom.org
8. DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE: El responsable del tratamiento de la información es BANCA MUTUAL SISDEACOM, cuyos datos son los siguientes: Número de Identificación Tributaria (NIT) 901108127-0 Dirección Electrónica: www.bancamutualsisdeacom.org, correo electrónico: protecciondedatos@bancamutualsisdeacom.org y línea servicio al cliente 3446871-3147149446-3207606086.
9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, previa e informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento y se suscribe en forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI _____ NO _____

Autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los sensibles: SI _____ NO _____

Autorizo me contacten y envíen información por SMS, correo electrónico o cualquier otro medio físico o digital: SI _____ NO _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la BANCA MUTUAL SISDEACOM sobre el sistema de gestión de riesgo de

Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro que los recursos o bienes que se utilizarán en desarrollo la vinculación como asociado de la BANCA MUTUAL SISDEACOM provienen de actividades lícitas, de conformidad con las leyes vigentes.
2. Todas las actividades que realizo y los ingresos que percibo son de origen lícito.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectúe transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Todas las actividades que realizo y los ingresos que percibo son de origen lícito.
5. No me encuentro en ninguna lista de personas reportadas o bloqueadas por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad. Que a la fecha en mi contra no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores, además autorizo la consulta de mis datos en listas restrictivas por parte de la BANCA MUTUAL SISDEACOM
6. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes durante mi vinculación contractual BANCA MUTUAL SISDEACOM Autorizo mi desvinculación por justa causa con BANCA MUTUAL SISDEACOM, en caso de violar las normas relacionadas con el lavado de activos y la financiación del terrorismo, y así mismo exonero a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado.

Tel: (2)3446871

FIRMA Y HUELA

Cel:+573147149446



www.bancamutualsisdeacom.org
gerencia@bancamutualsisdeacom.org





BANCA MUTUAL SISDEACOM

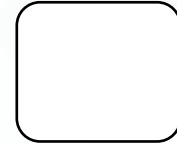
NIT:901108127-0

BancaMutuales

¡Te ayudamos a construir un nuevo estilo de vida!

Mediante la firma de este documento manifiesto mi voluntad de acatar y cumplir los estatutos y reglamentos, así como las demás normas y prácticas de la *BANCA MUTUAL SISDEACOM*, además notifico que la información es exacta y veraz en todas sus partes. Autorizo para que pueda ser verificada en cualquier momento y me comprometo a actualizarla cuando exista algún cambio. Diligencio y firmo el presente documento a los ____ días del mes de _____ del año _____, en el municipio de _____

Firma del asociado
Tipo y Documento de identidad: _____



Huella índice derecho

Espacio para la Banca Mutual sisdeacom

JUNTA DIRECTIVA

Revisada y verificada la información del solicitante para hacer parte de la banca Mutual Sisdeacom se determina que cumple con los requisitos para ser asociados y determina su vinculación a partir de la fecha determinada en este formulario.

Presidente Junta Directiva
CC _____

secretaria Junta Directiva
CC _____

Tel: (2)3446871

Cel: +573147149446



www.bancamutualsisdeacom.org

gerencia@bancamutualsisdeacom.org

