



## FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL ASOCIADO

Foto

Razón social de la Organización Solidaria  
Oficina

MULTIACTIVA EL ROBLE

Sigla MULTIROBLE

CALI - PRINCIPAL

Tipo de Vinculación: Ingreso  Reingreso  Actualización  Apoderado

### PERSONAS NATURALES - DATOS BÁSICO

Nombres:												Número de identificación						
Apellidos:																		
fecha de nacimiento			Nacionalidad							TIPO	RC	CC	TI	CE	PAS			
dd	mm	año								Fecha de expedición			Lugar de expedición					
Lugar de nacimiento (Dpto - Municipio)													dd	mm	año			
Género				Femenino <input type="checkbox"/>			Masculino <input type="checkbox"/>			Estado Civil								
Dirección domicilio				Estrato				Tipo de asociado										
Departamento										Municipio								
Correo electrónico				Teléfono fijo				Celular										

### INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

Nombre de la empresa donde labora									
Nombre del representante legal			N° identificación Representante legal						
Fecha de ingreso		Tipo de contrato							
Cargo		Dirección Trabajo							
Departamento		Municipio							
Teléfono - Ext		Ocupación, oficio o profesión							
¿Administra recursos públicos?				SI	NO				
Identifique si el solicitante es una PEP (Persona Expuesta Públicamente)				SI	NO				
Descripción actividad económica				CIU					

### INFORMACION FINANCIERA (\$)

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal			
Otros ingresos (especificar):			
*			
*			
*			
Egresos mensuales			
*			
Total activos			
Total pasivos			
Total patrimonio			

### CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIAS

Nombre del titular de la cuenta		Tipo de Cuenta	
Entidad Bancaria		Número de cuenta	

### OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?		SI	NO	CUALES	
¿Posee cuentas en moneda extranjera?		SI	NO	BANCO	
		N° DE CUENTA			
		MONEDA			
		CIUDAD		PAIS	
FIRMA *		HUELLA*			

\*La Organización podrá usar los mecanismos electronicos alternativos que garantizan la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

### INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

NOMBRE	N° Y TIPO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	PARENTESCO	CORREO ELECTRÓNICO

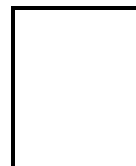
**DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA APORTES**

NOMBRE	DOCUMENTO	PARENTESCO	%	CONTACTO

FIRMA\*

Declaro bajo juramento encontrarme en buen estado de salud física y mental. Afirmo que no presento enfermedad crónica, congénita, ni infecciones graves o contagiosas que afecten las funciones de mi organismo vital.

SI  NO



FIRMA\*

HUELLA\*

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

Manifiesto que todos los datos aquí consignados y los documentos anexos a él, son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con cualquiera de las entidades que pertenezcan a MULTIROBLE, o con quien represente sus derechos, y me comprometo a actualizar la información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que se amerite. La relación comercial puede darse por terminada en caso de ser negativas las referencias o ser incluido en listas Vinculantes de carácter internacional o nacional. Mis activos, así como los ingresos declarados provienen de actividades lícitas adquiridas en el desarrollo de mi actividad personal, es decir son fuentes ajenas a cualquier actividad ilícita, especialmente las señaladas en el Código Penal colombiano en los Artículos 323 y 345, relacionados con el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. Así mismo, con base en la Ley 1581 de 2012 sobre protección de Datos Personales, autorizo expresamente a MULTIROBLE, o a quien represente sus derechos, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y seguimiento de la gestión de información financiera o comercial, consulte, informe, reporte, procese o divulgue, a las entidades de consulta de bases de datos o Centrales de Información y Riesgo u otras entidades afines, todo lo referente a mi comportamiento como cliente en general. Además de los efectos vinculantes con relación a las declaraciones y cláusulas del presente documento, con mi firma autorizo también recoger, almacenar y tratar mis datos personales tales como la huella dactilar y firma con la única finalidad de verificar mi identidad, para toda clase de actos y contratos que desarrolle MULTIROBLE. Hago constar que he sido informado de los fines anteriormente mencionados y en tal sentido, declaro que conozco que podré ejercer los derechos de acceso, actualización, rectificación, revocación y supresión de mis datos personales de conformidad con lo previsto en la citada Ley, a través de solicitud dirigida al departamento de Servicio al cliente o al correo designado para tal fin :protecciondedatospersonales@multiroble.com.

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS** Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia de la Economía Solidaria, y demás normas legales concordantes, de manera voluntaria doy certeza a MULTIROBLE de la siguiente información: 1. No admitiré que terceros efectúen depósitos y/o transferencias de fondos a mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique y/o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. 2. Autorizo a terminar unilateralmente cualquier producto adquirido con MULTIROBLE, en caso de infracción de cualquier de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a MULTIROBLE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 3. Los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique y/o adicione y por el contrario provienen de una actividad lícita.

**AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO** Autorizo a MULTIROBLE en forma permanente e irrevocable, para debitar de la cuenta de ahorros o de cualquier otro depósito a mi nombre en la entidad, las cuotas, comisiones, y demás valores a mi cargo, por concepto de pago de créditos, aportes y en general, por cualquier producto o servicio prestado por la entidad y al cual me encuentre vinculado.

**AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO.** Autorizo a MULTIROBLE para consulta, reporte y procesamiento de datos financieros en las centrales de riesgos.

FIRMA \*

HUELLA\*

FECHA DILIGENCIAMIENTO:

dd

mm

año

\*La Organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garantizan la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

**ESPACIO MULTIROBLE**

OBSERVACIONES

FECHA DE REALIZACION ENTREVISTA

dd

mm

año

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

FECHA VERIFICACION INFORMACION

dd

mm

año

**SOLICITUD DE VINCULACIÓN**

Aprobada

Aplazada

Negada

Acta N°

Fecha:

dd

mm

año

Gerente General