

COMULSANDER LTDA

Nit 890205214



FORMATO DE VINCULACION PERSONA NATURAL

Ciudad y Fecha _____ Oficina _____ Fecha Ingreso _____ y/o actualización _____

DATOS PERSONALES						
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre Completo		
Documento de Identidad ____ C.C. ____ C.E.	Numero Doc.	Fecha de Expedición	Ciudad de Expedición	Lugar de Nacimiento	País de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Sexo ____ F ____ M	Nivel de estudios Primaria ____ Secundaria ____ Técnico o tecnólogo ____ Universitario (pregrado) ____ Postgrado ____ (Especialización, maestría, doctorado) ____ Título Obtenido _____			Estado Civil		Número Hijos # de personas que dependen eco. de usted:
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional	Sí ____ No ____	Niños, niñas y adolescentes ____ Mayores de 60 años ____ Persona con discapacidad física, mental o sensorial ____ Mujer cabeza de familia ____ Víctima del conflicto armado ____ Persona en condición de pobreza extrema ____ Pueblos indígenas ____ Población diversa / LGBTIQ+ ____ Población Afrocolombiana ____ Otro ____Cuál? _____				
Tipo de vivienda que Habita	Estrato Vivienda	Si la vivienda es arrendada especifique nombre del arrendador o agencia				Teléfono del Dueño
Ocupación Principal Si es empleado: Nombre de la empresa donde labora _____ Si es independiente: Describir actividad económica _____ y CIU, si aplica _____				Declara Renta SI ____ NO ____		Maneja Recursos Públicos SI ☐ NO ☐
DECLARACION DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE - PEP						
¿Administra recursos públicos? SI ____ NO ____ ¿Es una persona políticamente expuesta - PEP? SI ____ NO ____ ¿Tiene parentesco con Persona(s) Políticamente Expuesta(s) PEP? SI ____ NO ____ Si respondió afirmativamente por favor especifique el parentesco _____						
DIRECCIONES						
Direccion Residencia (Apto, Bloque)		Barrio	Municipio	Departamento		
Teléfono Residencia	Teléfono Celular	Envío de correspondencia y Facturación			Correo Electrónico	
Direccion lugar de trabajo (Of. Principal)		Municipio	Departamento	Teléfono donde trabaja		
LABORAL						
SI USTED ES ASALARIADO O EMPLEADO						
Tipo de Contrato	Cargo	Teléfono Empresa	Fecha de Vinculación	Nombre de la empresa en que trabaja		
SI USTED ES INDEPENDIENTE						
Ocupacion		Nro. de Empleados	Tiempo que lleva ejerciendo en la actividad actual en años			
Ubicacion Puesto de Trabajo ____ Fijo en Local ____ En Obra ____ Ambulante		Sector				
SI POSEE NEGOCIO						
Nombre del Negocio		El Local es ____ Propio ____ Arrendado Ind. ____ Amortización ____ Arriendo ____ Compartido				Meses en Local
Si el local es arrendado especifique: (Nombre del dueño)			Teléfono del dueño	¿Posee Cámara de Comercio?	SI ☐ NO ☐	
				¿Paga Industria y Comercio?	SI ☐ NO ☐	
FINANCIERA						
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA						
¿Posee cuentas en el exterior?		Entidad		¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☐		
Tipo de Moneda	Nro. de Cuenta:	Monto:	Tipo de Operación: ____ Importaciones ____ Exportaciones ____ Inversiones ____ Prestamos ____ Transferencias ____ Pago de servicios ____ Otras ¿Cuáles? _____			
Ciudad	País	Tipo Producto:				

La normativa de información fiscal FATCA y CRS requiere que FAVIC recopile información acerca de la residencia fiscal de nuestros asociados, por favor diligencie esta declaración. Tenga en cuenta que sus datos podrían ser reportados a las autoridades tributarias colombianas en cumplimiento de la normativa de información fiscal y que la falta o incorrecto diligenciamiento de la presente declaración podría dar lugar a la imposición de sanciones tributarias

Si la respuesta es afirmativa por indique:

Número de identificación o equivalente _____, _____, _____

Ingresos Mensuales	Descripción de Otros Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales
Ingresos Principales		Gastos Mensuales
	___ Honorarios ___ pensión	
Ingresos Familiares	___ Comisiones ___ Dividendos	
Otros Ing. Personales Demostrables	___ Arriendos ___ Rendimientos Financieros	Otros Egresos
	___ Utilidad Negocio ___ Giros del Exterior	
TOTAL, INGRESOS	___ Bonificaciones ___ Ingresos Familiares	TOTAL, EGRESOS

PASIVOS

Deudas Financieras

Deudas con Terceros

Otros ¿Cuáles?

TOTAL ACTIVOS

	TOTAL PASIVOS
--	---------------

Tiene Familiares directivos o empleados que trabajen la entidad		Nombres y apellidos		Parentesco		Teléfono		
Familiar (que o viva con usted)	Nombres y apellidos			Parentesco		Teléfono		
	Ciudad (Municipio)			Dirección				
Financieras	Entidad		Producto		Marque con una "X" en caso de no tener referencias en el sector financiero			☐
Comerciales	Establecimiento				Marque con una "X" en caso de no tener relaciones comerciales			☐

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo		Doc. de Identidad ____ CC ____ CE	Numero Doc.
Ocupación Principal		Sexo ____ F ____ M	Fecha de Nacimiento	Nivel de Estudios	Titulo Obtenido
Nombre de la empresa		Cargo u ocupación		Ingresos	
Teléfono del Lugar de Trabajo	Dirección del lugar de Trabajo			Total Egresos	
Municipio		Departamento		Disponible	

En caso de fallecimiento delego como beneficiario de mis aportes a:					
NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTOS	PARENTESCO	TELÉFONO	DIRECCIÓN	%

Para fines legales y consiguientes, comunico que a partir de la fecha autorizo al pagador de la entidad donde laboro para que descuente de mi nómina a favor de COMULSANDER LTDA, mensualmente la suma de (\$ _____) mcte, como aportes sociales, o la suma que COMULSANDER LTDA estime de acuerdo a su estatuto más el valor de la inscripción.

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS Y OTRAS DECLARACIONES

1. Tanto mi actividad y profesión es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. El origen de los bienes y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano; y mis ingresos provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. 2. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, autorizo a COMULSANDER LTDA. para que haga las debidas confirmaciones y me comprometo actualizarla anualmente conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos a COMULSANDER LTDA. El incumplimiento de esta obligación faculta a COMULSANDER LTDA. para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública, cuya pena sea privativa de la libertad que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de los grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o el exterior, o soborno transaccional.

6. Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley Habeas Data y Protección de datos personales.

8. Al hacer esta solicitud me comprometo a servir leal y fielmente a los intereses de COMULSANDER LTDA., a cumplir su estatuto y reglamentos, los cuales declare conocer. Así mismo declaro mi voluntad de participar activamente en las actividades educativas de la entidad.

9. La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

AUTORIZACIÓN PARA REPORTES EN CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a COMULSANDER LTDA. o a quién represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a centrales de información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN LEY 2300 DE 2023

En virtud de la ley 2300 de 2023, autorizo al FAVIC o quien represente sus derechos a realizar la gestión de cobranza y en general, para ser contactado a través de los canales por mí informados, esto es, telefónico (SMS o WHATSAP) y correo electrónico personal; sin que se exceda de los términos en oportunidad y periodicidad de contacto dispuestos por la Ley.

Por medio de la presente autorización manifiesto que los canales señalados me fueron informados y socializados por el FAVIC, en consecuencia, dejo constancia de haberlos elegido y autorizado en forma voluntaria.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y OTRAS AUTORIZACIONES

Autorizo a COMULSANDER LTDA. a reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del sector financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje, administre bases de datos con los mismos fines, toda Información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con COMULSANDER LTDA., con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización a verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de Habeas Data y de protección de datos personales (Ley Estatutaria 1581 de 2012). Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. Así mismo autorizo a COMULSANDER LTDA. para consultar listas restrictivas para efectos de verificar sobre la inclusión o no de mi nombre a título personal y autorizo a COMULSANDER LTDA. para consultar las bases de La Contraloría, Procuraduría y Policía Nacional.

Firmo este documento en constancia de haber leído y declarado información verdadera en forma clara y precisa, aceptando las autorizaciones sugeridas en forma libre y voluntaria.

Firma

Huella índice

Referido: _____ Cel: _____

Comulsander Ltda

Fecha de diligenciamiento:

Asociado:

BENEFICIARIOS DE MIS APORTES Y OTROS BENEFICIARIOS

Anexo:

En caso de fallecimiento delego como beneficiario de mis aportes a:

[illegible]