

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

¡Bienvenido!



Ciudad:	Fecha de Solicitud: DD / MM / AAAA	Vinculación: <input type="radio"/> 1er. Vez <input type="radio"/> Reafiliación
Nombres y Apellidos:		
Identificación C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> No.		Lugar y Fecha de Expedición: DD / MM / AAAA
Lugar y Fecha de Nacimiento: DD / MM / AA		Nacionalidad:
Estado Civil: Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> U. Libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>		Profesión:
Nivel de Estudio: Bachiller <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Especialización <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/>		
Dirección de Residencia y barrio:		Ciudad:
Vivienda: Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>		Estrato: Celular: Teléfono:
Correo electrónico personal: No. Personas a Cargo		
¿Eres persona expuesta públicamente? (PEP) SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿Administras recursos públicos? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

INFORMACIÓN LABORAL

Empleo 1		Empleado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/>	Código CIIU	Empresa donde trabajas:	
		Cargo:	Fecha de Ingreso DD / MM / AA	Dirección:	
Empleo 2		Ciudad: Tipo de Contrato: Indefinido <input type="radio"/> Término Fijo <input type="radio"/> Prestación de Servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Fijo: Ext.		
		Celular: Correo Electrónico laboral:			
		Empleado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/>	Código CIIU	Empresa donde trabajas:	
		Cargo:	Fecha de Ingreso DD / MM / AA	Dirección:	
		Ciudad: Tipo de Contrato: Indefinido <input type="radio"/> Término Fijo <input type="radio"/> Prestación de Servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Fijo: Ext.		
		Celular: Correo Electrónico laboral:			

INGRESOS

Sueldo \$	Pensión \$	Otros Ingresos \$	¿Cuales?
-----------	------------	-------------------	----------

PATRIMONIO

Casa (tipo)	No. Matricula	Dirección y Ciudad		
Valor Comercial \$	Hipoteca \$ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Saldo de la deuda	Hipoteca a favor de	
Vehículo (marca)	Modelo	Placa	Valor Comercial \$	
Prenda \$	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Saldo de la deuda	Prenda a favor de	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total ingresos mensuales \$	Total de activos \$	Total de pasivos \$
¿Posees bienes en fiducia? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿Que clase de bienes?	¿Declara renta? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

¿MANEJAS TRANSACCIONES?

¿Realizas transacciones en moneda extranjera? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Tipo de transacción Importaciones <input type="radio"/> Exportaciones <input type="radio"/> Giros <input type="radio"/> Otras <input type="radio"/> Cuál?					
¿Posees productos en moneda extranjera? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Producto	Entidad	No. Cuenta	Monto	Monedas	País

CUANTO QUIERES AHORRAR Y APORTAR CON CORBANCA

Valor mensual \$	Escoge un sistema de pago: Libranza <input type="radio"/> Ventanilla <input type="radio"/> Débito Automatico <input type="radio"/> PSE <input type="radio"/>
------------------	--

DANOS UN CONTACTO (REFERENCIA)

(Apellidos y Nombres)	Celular
-----------------------	---------

INSCRIBE A TU NUCLEO FAMILIAR

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Documento de Identidad
	DD / MM / AA		
	DD / MM / AA		

COMO CONOCISTE A CORBANCAPagina web Redes Sociales Publicidad Referido Otro Cual? **¿QUIÉN TE REFIRIÓ?**

Nombres y Apellidos

Cédula

Celular

AUTORIZACIONES

Autoriza recibir información a través de su correo electrónico

SI NO

mensajes de texto a su celular

SI NO

Como lo establece el estatuto vigente presento a consideración mi solicitud de afiliación y autorizo con mi firma a CORBANCA para:

1. Consultar y/o reportar mi historia crediticia a las centrales de riesgo.
2. La aprobación de todo crédito esté sujeta a la información de las centrales de riesgo.
3. Actualizar mi información personal, la cual me comprometo a enviar oportunamente cuando CORBANCA lo requiera.
4. En caso de tener libranza o débito automático autorizo a CORBANCA para efectuar el respectivo descuento de mis aportes, créditos y demás obligaciones con Corbanca.
5. Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a CORBANCA para que la verifique.
6. RENUNCIA VOLUNTARIA: Autorizo mi retiro como asociado, cumpliendo con el proceso establecido en el estatuto. Si durante 6 meses consecutivos he dejado de pagar aportes y el ahorro al que me comprometí, siempre que No tenga saldos a cargo por créditos u otros.
7. AUTORIZO a CORBANCA trasladar a los fondos sociales los aportes que no haya reclamado dentro del año siguiente de la fecha de retiro y que hayan sido puestos a mi disposición.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria e informada a la Corporación Fondo de Empleados del Sector Financiero CORBANCA, que en adelante se denominará "CORBANCA" o a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular, o como representante de éste, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, suprima, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios. El alcance de la autorización comprende la facultad para que CORBANCA me envíe mensajes con contenidos institucionales, informativos, publicidad, notificaciones, información del estado de mi cuenta, saldos, cuotas pendientes de pago y demás información relativa al portafolio deservicios de CORBANCA, a través de correo electrónico y/o mensajes de texto al teléfono, entre otros. Esta autorización la realizo también en calidad de padre, madre, representante o tutor legal de mis menores, para que los datos incluidos en este documento y/o demás formularios que se deban diligenciar para el ingreso como beneficiarios en CORBANCA, sean incorporados a una base de datos bajo la responsabilidad de CORBANCA, así como que las fotografías tomadas en eventos de CORBANCA, a mí o a mis beneficiarios, puedan llegar a ser publicadas, cumpliendo con los propósitos y fines institucionales. Tendrán carácter facultativo las respuestas que versen sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes. Los datos biométricos son datos sensibles y, por tanto, no está obligado a autorizar su tratamiento; la finalidad de estos datos es la identificación del titular para los procesos de CORBANCA. En los términos de la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes, manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, conforme con el documento que declaro haber recibido de la CORPORACION FONDO DE EMPLEADOS[DEL SECTOR FINANCIERO CORBANCA].

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PERSONA NATURAL Y JURÍDICA

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS: Yo manifiesto que la procedencia de los recursos con los que efectúo el (los) pagos, abonos, consignaciones o cualquier tipo de transacción objetos de la presente solicitud, son de origen lícito y corresponden a salarios y/o otros adicionalmente bajo la gravedad de juramento y de conformidad con lo establecido con el estatuto orgánico del sistema financiero (decreto 663 de 1993), ley 90 de 1995, la circular básica jurídica de la superintendencia de la economía solidaria, circular externa 20 de 2020 de la superintendencia de la economía solidaria y las demás normas legales concordantes sobre prevención de lavado de activos, declaro que los recursos que hagan con ocasión de la presente solicitud son bien habidos y adquiridos por medios lícitos y fueron adquiridos con recursos que no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. No admitiré y me cercioraré que terceros no efectúen depósitos o abonos en mis productos con recursos provenientes del lavado de activos o actividades ilegales, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con asuntos de esta naturaleza. Que mi nombre no está incluido en listas vinculantes para Colombia entre otras: la Lista de terroristas expedida por el Consejo de Seguridad de la ONU, la Lista de terroristas expedida por los Estados Unidos, la Lista de terroristas expedida por la Unión Europea, o en cualquier lista de similar naturaleza, o en alguna de carácter nacional y/o internacional; en las que se publiquen los datos de las personas a quienes se les haya iniciado proceso judicial, actuación administrativa o que hayan sido sancionadas y/o condenadas por las autoridades nacionales e internacionales, de manera directa o indirecta, con actividades ilegales tales como narcotráfico, terrorismo o su financiación, lavado de activos, tráfico de estupefacientes, secuestro.

Declaro y certifico que la información consignada es veraz y mediante mi firma acepto las condiciones y autorizaciones relacionadas en este formulario.

AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO SI NO

Autorizo a CORBANCA o a quien represente sus derechos u obstante en el futuro su calidad de acreedor, en forma permanente a debitar y deducir todas mis obligaciones que tenga o llegara a tener a mi cargo y así mismo me obligo a mantener los fondos suficientes en la cuenta para cubrir esta mismas. Si el débito presenta rechazo no me exime de la responsabilidad de pago de mis obligaciones. En caso de presentar reiteradamente rechazo en el débito automático, este será causal de cancelación como medio de pago por parte de Corbanca.

Tipo de Cuenta Ahorros Corriente Ontidad _____ Cuenta No. _____ Día del débito 15 25 30 de cada mes

AUTORIZACIÓN DE LA LIBRANZA SI NO

Autorizó expresa e irrevocablemente para que, de mi sueldo o salario, prestaciones sociales, valor de mi liquidación del contrato laboral, o de cualquier suma de dinero de la cual sea acreedor, me sean descontados los valores correspondientes a las cuotas mensuales de mis obligaciones que tenga o llegara a tener con Corbanca. Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a la _____ para que me descuento mensualmente, en los términos aquí establecidos por en convenios sean giradas y entregadas en forma mensual a CORBANCA dentro del término fijado para cada efecto. Si la empresa a la cual me encuentro vinculado no descuenta y no paga a CORBANCA el valor de las cuotas mensuales de mis obligaciones o en caso de terminación del contrato, no quedo exonerado de la responsabilidad de pagar la cuota mensual y eventuales de mora a través de los medios transaccionales de Corbanca.

Nombre Completo

Firma

Cédula

Nota: Si la afiliación es digital, deberá enviar esta solicitud desde el correo electrónico personal registrado en esta afiliación, de lo contrario no será aceptada.

ESPACIO RESERVADO PARA CORBANCAAprobó Negó Su solicitud Acta No. _____La información de ésta solicitud la confirmó y ratifico.
(Quien realiza la entrevista)

Nombre: _____

Fecha: DD / MM / AA

La información de ésta solicitud la ingreso al sistema

Nombre: _____

Fecha: DD / MM / AA

Observaciones: _____