



FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y SOLICITUD DE SERVICIOS

FECHA DE RECEPCIÓN

Santa Bárbara Támesis Valparaíso Caramanta

FECHA DE RECEPCIÓN		

Es usted: Solicitante Codeudor Representante Legal

SERVICIOS SOLICITADOS

Afiliación Actualización de Datos Ahorro Crédito Reestructuración Exequial

Línea(s) de ahorro solicitada(s): _____

Plan exequial solicitado: _____

Servicio crédito: Línea Crédito: Cancelación de comparendo _____

Valor Solicitado: Plazo: Meses Destino Crédito

DATOS PERSONALES

Nombre completo:

Tipo de documento: CC TI CE NIT Número de identificación:

Fecha de expedición: Ciudad de expedición:

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:

Estado Civil: Soltero Unión Libre Divorciado Madre soltera Casado Separado Viudo Madre cabeza de familia

Sexo: Masculino Femenino

Tipo de vivienda que habita: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar	Estrato de Vivienda:	Nombre Arrendador:	Teléfono Arrendador
	Tiempo viviendo allí		Número de personas a cargo
	Dirección casa propia:		Hipotecada a:

Dirección de domicilio (Apto, bloque): _____ Barrio o Vereda: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Teléfono residencia: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____



Nivel de estudios:

- Primaria Secundaria Técnico Tecnológico Universitario Postgrado Curso
 Otros Detalle: _____ Títulos Obtenidos: _____

INFORMACIÓN LABORAL

Ocupación: <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Pensionado/Jubilado <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Declara renta: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Maneja usted recursos públicos? No <input type="checkbox"/>
Ocupación, oficio o profesión: _____		

DILIGENCIAR SI USTED ES ASALARIADO

Empresa donde Labora:	Dirección Empresa:	Tipo de contrato:
Ciudad:	Departamento:	Teléfono:
Fecha de Vinculación:	Salario Mensual: \$	Cargo:
		<input type="checkbox"/> Término indefinido <input type="checkbox"/> Término fijo <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios <input type="checkbox"/> Otro _____

DILIGENCIAR SI USTED ES INDEPENDIENTE

Descripción de la actividad económica:	Código CIIU:	Nombre del establecimiento de comercio:
Dirección:	Ciudad:	Departamento:
Teléfono:	La actividad que se desarrolla en el local: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Otro Detalle <input type="checkbox"/> Alquilado _____	Meses en el local
Nombre Arrendador:	Teléfono Arrendador:	Tiempo de ejercer la actividad:
# trabajadores:	Inscrito a: RUT <input type="checkbox"/>	¿Cámara de Comercio <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales	\$	Descripción de otros ingresos:	
Otros ingresos	\$		
Gastos familiares	\$	Descripción de otros egresos:	
Otros egresos	\$		
ACTIVOS		PASIVOS	
Activos corrientes (Ahorro, inversiones)		Pasivos corrientes (Deudas con terceros)	
Activos fijos (Vehículo y propiedad)		Pasivos financieros (Deudas bancarias)	
Otros activos		Otros pasivos	
¿Cuáles?		¿Cuáles?	



DETALLE DE ACTIVOS				
Clase vehículo:	Placa:	Del tránsito de:	Descripción de raíz:	Matrícula inmobiliaria:
Otros activos:				
REFERENCIAS				
Familiar (Que no viva con usted)	Nombres y Apellidos:		Parentesco:	
	Dirección:	Teléfono:	Celular:	
Personal (No familiar)	Nombres y Apellidos:		Parentesco	
	Dirección:	Teléfono:	Celular:	
Financiera	Nombre Entidad:		Producto:	Número de Cuenta:
	Dirección:	Teléfono:	Celular:	
Comercial	Nombre Establecimiento:		Dirección o sucursal:	Teléfono:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGUE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE DEL SOLICITANTE		
Nombres y apellidos:		
Ocupación:		
Dirección y teléfono (Empresa/Negocio):		
Sueldo/Ingreso mensual:	Antigüedad:	Tipo contrato:

VINCULACIÓN COMO ASOCIADO
Es mi decisión personal y voluntaria cumplir con los requisitos exigidos para hacerme asociado de la Asociación Mutual Luz Divina y declaro que conozco y acepto los reglamentos correspondientes a los servicios solicitados.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE EN LAS CENTRALES DE RIESGO
Autorizo expresamente e irrevocablemente a La Asociación Mutual Luz Divina, o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado para que consulte, reporte, circule e incluya la información a las centrales de riesgo, relacionada con mi nombre, comportamiento comercial, hábitos de Pago, manejo de crédito, saldo de obligaciones crediticias, también incluir mi nombre y documento de identificación en los registros de deudores morosos con referencias negativas en el evento de que incumpla total o parcialmente cualquiera de las obligaciones contraídas. Exonero de toda responsabilidad a la Asociación Mutual Luz Divina por la inclusión de tales datos, así como a la entidad que produzca el correspondiente archivo y asumo el costo que tenga el retiro de tales registros.
Ley Habeas Data 1581 de 2012: La presente ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás



derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA PROTECCIÓN VIDA DEUDORES

Declaro que, en calidad de asegurado, que mi estado de salud es normal, que no me han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, de presión arterial, insuficiencia renal, cáncer, sida, enfermedad crónica grave, y en caso de ser mujer, no he padecido de tumores de seno o matriz.

Expresamente acepto que, de fallecer por causa directa o indirecta relacionada con enfermedad o padecimientos preexistente en el momento de solicitar el crédito, tal hecho no tiene cobertura, en consecuencia, quedo excluido del amparo de vida deudores que cancelaría mi deuda en caso de muerte.

Declaro que he sido debidamente informado por La Asociación Mutual Luz Divina de la exclusión del beneficio del auxilio vida deudores cuando el asociado al momento de tomar el crédito tenga edad igual o superior a 65 años y, por lo tanto, autorizo a la mutual para que en el evento de la muerte del titular de la obligación crediticia, haga efectiva la garantía que respalda el crédito.

BENEFICIARIOS DEL AHORRO

Nombres:	Apellidos:	Identificación:	%
Nombres:	Apellidos:	Identificación:	%

Observaciones:

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

El suscrito, debidamente identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo que aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la Asociación Mutual Luz Divina, con el propósito de que se pueda dar cumpliendo a lo señalado con respecto por la Superintendencia de la Economía Solidaria, la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, al Estatuto Anticorrupción y demás normal legales.

1. Los bienes que poseo, los recursos que entregué en depósito y con los que pagaré mis obligaciones crediticias provienen de las siguientes fuentes (Detalle la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc).
2. No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con fondos provenientes de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier normal que modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique esta declaración.
4. Me comprometo con la Asociación Mutual Luz Divina, a informar por escrito y oportunamente cualquier cambio de los datos, cifras y demás información, así como suministrar la totalidad de los soportes documentales exigidos y actualizar dicha información con una periodicidad como mínimo anual en todo, de acuerdo con las normas legales.

Autorizo a la Asociación Mutual Luz Divina, a cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en Asociación Mutual Luz Divina, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a la entidad de cualquier responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiese proporcionado en este documento de violación del mismo.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a la Asociación Mutual Luz Divina a dar tratamiento a mis datos personales para:

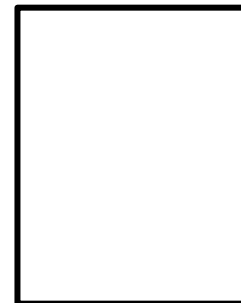


1. Los fines pertinentes a su objetivo social y de la relación contractual vigente, incluida la atención de mis solicitudes, la generación y realización de actividades de cobranza, entre otros.
2. El manejo del portafolio de productos de los que soy titular.
3. El desarrollo de ofertas comerciales a través de los canales que la Asociación Mutual Luz Divina establezca para tal fin.

4. La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas, igualmente, la Asociación Mutual Luz Divina podrá transferir mis datos personales, para los fines previstos en la presente autorización, a quienes ella contrate para realizar trabajos estadísticos, de mercadeo o publicitarios y demás terceros con quienes establezca alianzas comerciales. Esta autorización permanecerá vigente hasta tanto sea revocada conforme a los eventos previsto en la ley.
5. Reunir y remitir a las autoridades fiscales y reguladores financieros y nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados y los que serán contratados. Datos de ubicación, movimientos de cuentas y saldos, y cualquier otra información que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras de prevención de evasión fiscal o de lavado de activos, financiando el terrorismo, así como ellas que regulen, modifiquen o sustituyan.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido por la Ley 1581 de 2012 y demás normas complementarias.

Certifico que la información suministrada en este formulario es verídica y autorizo a La Asociación Mutual Luz Divina para que lo verifique. Manifiesto que, en calidad de asociado o deudor solidario, autorizo a la Asociación Mutual Luz Divina, para que, en caso de mora en el crédito, deduzca de cualquier valor que tenga a favor por cualquier concepto, el valor que se adeude de la obligación crediticia. Autorizo voluntaria e irrevocablemente el envío de mensajes vía móvil y/o a través de correo electrónico, de información comercial legal, e servicio de cualquier otra índole, que se considere necesaria y/o apropiada para la prestación de los servicios.



Huella Índice
Derecho

Firma del Solicitante

CC.