



NIT. 830.107.120-8

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN
ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Esta información es confidencial y solo es utilizada para los objetivos propios del SARLAFT
Favor diligenciar el formato en su totalidad. Los campos que No aplica favor asignar las letras N.A.

Fecha de Diligenciamiento

Grid for date entry: D D M M A A A A

CUOTA MENSUAL DE AHORROS

Autorizo a FEUNISAB a descontar como cuota de ahorro la suma de \$ _____ mensual, valor que se situa entre el 3% y el 10% de mi salario básico mensual.

INFORMACIÓN PERSONAL

Form fields for personal information: Apellidos, Nombres, Tipo de identificación, Fecha de expedición, Lugar de expedición, Sexo, Fecha de nacimiento, Lugar de nacimiento, Nacionalidad, Ocupación/profesión, Nivel educativo, Estado civil, Cabeza de familia, Nº de personas a cargo, Dirección de residencia, Barrio, Ciudad, Teléfono de residencia, Celular, Correo electrónico, Departamento.

INFORMACIÓN LABORAL

Form fields for labor information: Empresa, Dependencia, Cargo, Tipo de Contrato, Fecha de ingreso, Ciudad, Departamento, Salario Básico, Fecha de vencimiento.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Table for financial information with columns: Ingresos Mensuales \$, Egresos Mensuales \$, Activos \$, Pasivos \$, Otros Ingresos \$. Includes fields for bank, city, country, and account number.

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)

Form for PEP declaration with questions about public positions, management of public resources, and family relationships.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Text block for origin of funds declaration, including a list of 7 points regarding the use of funds and legal compliance.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Text block for authorization of personal data treatment by FEUNISAB and its strategic partners.

Text block for declaration of accuracy of information provided, with a signature line and a stamp area labeled 'Huella'.

Form for 'USO EXCLUSIVO DE FEUNISAB' including a 'RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN' section with fields for date, hour, city, name, and C.C.

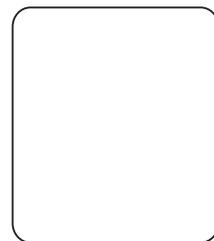
NOTA ACLARATORIA: En el caso de ser aceptado como asociado, previamente autorizo a FEUNISAB y a la Unidad de Talento, o a quien haga de pagador para descontar las cuotas acordadas de todos los prestamos otorgados y según los planes de amortización expendida, hasta la cancelación de estos.



AUTORIZACIÓN DE HASTA TRES BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRRECCIÓN	DOC. IDENTIDAD	PARENTESCO	%

Firma



Huella