



Cooperativa Multiactiva de Intermediarios de MAPFRE

INTERMAP

FORMATO DE AFILIACION DE AFILIACIÓN/O ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

CÓDIGO	INTER-003
ANEXO	ANEXO No. 3
VERSIÓN	3
FECHA VERSIÓN	6/09/2023

AFILIACIÓN	ACTUALIZACIÓN	FECHA	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	CLAVE Y SUCURSAL
------------	---------------	-------	-----	-----	-----	--------	------------------

1. INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS		C.C. No.		DE					
EXPEDICIÓN DOCUMENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD EXPEDICIÓN	ESTADO CIVIL				
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	NACIONALIDAD	GENERO	F	M		
PERSONAS A CARGO	VIVIENDA PROPIA	SI	NO	POSEE VEHÍCULO	SI	NO	PENSIONADO	SI	NO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				BARRIO					
CIUDAD		ESTRATO SOCIAL		No. DE HIJOS		CABEZA DE FAMILIA		SI	NO
TELÉFONO RESIDENCIA		CORREO ELECTRÓNICO							
No. CELULAR		NIVEL DE ESCOLARIDAD							

2. INFORMACION FAMILIAR (Cónyuge , padres o hijos)

TIPO DOC.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCOS	TELÉFONO Y CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

3. DATOS LABORALES Y/O REGISTRO DE PERSONAS JURIDICAS

NOMBRE EMPRESA		NIT					
DIRECCIÓN DE OFICINA		TELÉFONO		CIUDAD			
CORREO ELECTRÓNICO LABORAL		PROMEDIO COMISIONES					
OTROS INGRESOS HONORARIOS ,RENTAS, PENSION		PROVIENEN DE		DECLARA RENTA		SI	NO

4. ENTIDAD BANCARIA (TRANSFERENCIAS)

TIPO DE CUENTA	CORRIENTE	AHORRO	No.	BANCO
----------------	-----------	--------	-----	-------

6. AUTORIZACION DESCUENTO CUOTAS DE APORTES SEMANALES CON DESTINO INTERMAP

APORTE MINIMO	OTRO APORTE \$	POR LA COMPAÑÍA DE VIDA	POR LA COMPAÑÍA DE GENERALES
---------------	----------------	-------------------------	------------------------------

Recuerda que tus aportes semanales entre las diferentes Compañías MAPFRE no deben ser superiores a UN SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE- (\$ 1.453.500,00) - y éstos siempre serán deducidos de las comisiones que generan tus negocios cada semana a la Aseguradora.

7. SITUACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO

INGRESOS MENSUALES				EGRESOS MENSUALES			
Comisiones				Obligaciones financieras			
Pensión				Gastos familiares			
Otros ingresos				Otros egresos			
TOTAL INGRESOS				TOTAL, EGRESOS			
ACTIVOS				PASIVOS			
TIPO DE ACTIVO	VALOR COMERCIAL	HIPOTECA/PRENDA		DEUDAS	SALDO	ENTIDAD	
Casa - apto - lote		SI	NO	Hipotecas			
Carro		SI	NO	Tarjetas de crédito			
Inversiones		SI	NO	Otras obligaciones			
Otro bien		SI	NO	Terceros			
TOTAL ACTIVO				TOTAL PASIVO			

8. DATOS DE CONTROL SARLAFT

¿Realiza operación en moneda extranjera?	SI	NO	Detalle Tipo de operaciones:	
¿ Es persona Políticamente Expuestas (PEPS)?	SI	NO	¿Cuándo?	Cargo
¿Maneja recursos del sector público?	SI	NO	Descripción:	
REALIZA OPERACIONES EN MONEDAS EXTRANJERA	SI	NO	Ciudad/ País	
Banco	TIPO DE CUENTA		Moneda	No de cuenta



Cooperativa Multiactiva de Intermediarios de MAPFRE

INTERMAP

FORMATO DE AFILIACION DE AFILIACIÓN/O ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

CÓDIGO	INTER-003
ANEXO	ANEXO No. 3
VERSIÓN	3
FECHA VERSIÓN	6/09/2023

9. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS (DILIGENCIAR ESPACIO EN BLANCO)

Declaro expresamente que: _____

Los recursos y/o bienes provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, actividad o negocio): _____

Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano. Certifico que los recursos que se deriven del vínculo de asociado no se destinarán a actividades ilícitas, ni a la financiación del terrorismo.

10. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO

Autorizo realizar la entrega de los aportes, ahorros y seguros que tenga a mi favor en INTERMAP en caso de muerte o incapacidad permanente a la(s) siguiente(s) persona(s), esto con el fin de que en caso de fallecimiento se eviten trámites jurídicos adicionales y sean girado directamente. En caso contrario serán entregados de acuerdo a lo establecido por ley.

NOMBRE	CEDULA	%	PARENTESCO	TELEFONO Y/O CELULAR

11. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de la información, representante legal y/o apoderado, autorizo a INTERMAP, de manera irrevocable mientras mantenga vínculos con ella el uso de la información conforme con la Ley, a utilizar mis datos personales en beneficio mío con fines pertinentes a: a) su objeto social, a ofertas comerciales b) temas legales, cobranza, la adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas, c) para gozar de beneficios de convenios o alianzas que establezca Intermap. d) Solicitar, consultar, compartir, informar, reportar, procesar, modificar, actualizar, aclarar, retirar o divulgar ante otra entidad que maneje o administre base de datos para fines que legalmente le sean permitidos todo lo referente a mi. e) en adición a todas las autorizaciones previamente otorgadas, autorizo de manera expresa, inequívoca, voluntaria y suficiente a INTERMAP para solicitar, tratar, consultar, recolectar, almacenar, analizar, verificar, usar o circular la información personal o comercio de acuerdo a la LEY. Cualquier trámite relacionado con los operadores de información y/o el tratamiento de datos atendido en la Calle 98 # 70-91 - oficina 414 Edificio VARDÍ, o en los móviles. 3144434289- 3144434783 ó correos electrónicos: administrativa@intermap.co, contabilidad@intermap.co y gerencia@intermap.co.

12. AUTORIZACIONES DE CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO O BANCO DE DATOS

El abajo firmante, en su propio nombre de la entidad que representa, declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable a INTERMAP, o a quien en el futuro haga sus veces como acreedor del crédito o servicio solicitado, para:

Consultar, en cualquier tiempo, en centrales de riesgo o en cualquier otra base de datos manejada por un operador, toda la información relevante para conocer su desempeño como deudor, su capacidad de pago, la viabilidad para entablar o mantener con la una relación contractual, o para incluirlo en actividades como la realización de campañas de mercadeo, ofrecimiento de productos y publicidad en general.

Reportar a Centrales de riesgos o a cualquier otra base de datos tratados o sin tratar, sobre el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones crediticias, sus deberes legales de contenido patrimonial, sus datos de ubicación y contacto, sus solicitudes de crédito, así como otra información pertinente a sus relaciones comerciales, financiera y en general socioeconómicas o que conste en registros públicos, base de datos o documentos públicos.

La autorización anterior no impedirá al abajo firmante o a su representada ejercer el derecho a corroborar en cualquier tiempo en la entidad, en Centrales de riesgo, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de su desacuerdo, a exigir la rectificación y a que se informe sobre las correcciones futuras.

13. OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN

La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. Eximo a INTERMAP de cualquier responsabilidad derivada por la información incompleta o no veraz entregada por mi dentro del desarrollo de las actividades de INTERMAP.

14. FIRMA DEL SOLICITANTE

HUUELLA				
FIRMA REGISTRADA EN INTERMAP No. CEDULA				
ENTREGA DE DOCUMENTOS				
* Anexa fotocopia cédulas de ciudadanía.				
<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>	SI	NO	SI	NO
SI	NO			
SI	NO			

15. ESPACIO EXCLUSIVO PARA INTERMAP

NUEVO VERIFICADO POR	REINTEGRO		ULTIMO RETIRO OBSERVACIONES
Aseguradora	SI	NO	
Listados restrictivos (LA/FT)	SI	NO	
Antecedentes disciplinarios	SI	NO	
FIRMA Y FECHA DE QUIEN VERIFICA		FIRMA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	
V.B. ADMINISTRACIÓN INTERMAP			