

		Cooperativa Multiactiva de Intermediarios de MAPFRE													
		INTERMAP													
		FORMATO DE AFILIACION DE AFILIACIÓN/O ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN													
		CÓDIGO ANEXO VERSIÓN FECHA VERSIÓN INTER-003 ANEXO No. 3 3 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			
PERSONAS A CARGO		VIVIENDA PROPIA		SI		NO		POSEE VEHÍCULO		SI		NO		PENSIONADO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA										BARRIO					
CIUDAD				ESTRATO SOCIAL				No. DE HIJOS				CABEZA DE FAMILIA			
TELÉFONO RESIDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO				NIVEL DE ESCOLARIDAD							
No. CELULAR															
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 A LA MUTUAL 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 la MUTUAL 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 la MUTUAL 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 la Mutua. 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 la MUTUAL INTERMAP para solicitar, tratar, consultar, recolectar, almacenar, analizar, verificar, usar o circular la información personal o comercial 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 MUTUAL 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 MUTUAL INTERMAP de cualquier responsabilidad derivada por la información incompleta o no veraz entregada por mi dentro del desarrollo de las actividades de la "MUTUAL INTERMAP".

14. FIRMA DEL SOLICITANTE

15. ESPACIO EXCLUSIVO PARA MUTUAL INTERMAP

	
RMA REGISTRADA EN MUTUAL INTERMAP No. CEDULA	
ENTREGA DE DOCUMENTOS	
* Anexa fotocopia cédulas de ciudadanía.	

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