



ASOPROCAMBIO

ASOCIACION COLOMBIANA DE
PROFESIONALES DEL CAMBIO
NIT: 900.883.123-0

Amigo profesional
se parte del cambio,
afiliate a
ASOPROCAMBIO

FORMULARIO DE AFILIACION

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

DATOS GENERALES

Nombre o Razón Social:		Natural		Jurídica	
NIT de la empresa o persona natural		DV		Tipo de Persona:	
Fecha aprobación DIAN:		No. Resolución Autorización DIAN			
Página WEB:		Número de Establecimientos Inscritos:			
Correo electrónico:		Número de Empleados:			

DOMICILIO PRINCIPAL

Dirección:		Barrio:	
Ciudad:		Departamento:	
Teléfonos:		Fax:	
		Celular:	

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre Establecimiento:		Dirección:	
Teléfono:		Ciudad:	
		Departamento	
Nombre de Contacto:			
Nombre Establecimiento:		Dirección:	
Teléfono:		Ciudad:	
		Departamento	
Nombre de Contacto:			
Nombre Establecimiento:		Dirección:	
Teléfono:		Ciudad:	
		Departamento	
Nombre de Contacto:			

En caso de tener mas establecimientos de comercio, adjuntar copias de cámara de comercio de cada uno.

INFORMACION ADICIONAL

Empresas o entidades que representa en el país:	
Actualmente se encuentra afiliado a otra asociación o entidad gremial?	
Cual?:	

REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE

Nombre:	
Tipo de Identificación: CC CE	
Número de Identificación:	
Lugar de Nacimiento:	
Fecha de Nacimiento:	
Número Celular:	
Correo electrónico:	

SUPLENTE DE GERENTE O ADMINISTRADOR

Nombre:	
Tipo de Identificación: CC CE	
Número de Identificación:	
Lugar de Nacimiento:	
Fecha de Nacimiento:	
Número Celular:	
Correo electrónico:	

EMPLEADO DE CUMPLIMIENTO

Nombre:	
Tipo de Identificación: CC CE	
Número de Identificación:	
Lugar de Nacimiento:	
Fecha de Nacimiento:	
Número Celular:	
Correo electrónico:	

DATOS ADICIONALES DE CONTACTO

Departamento	Nombre Contacto	Correo Electrónico
Contabilidad		
Jurídico		
Comercial		

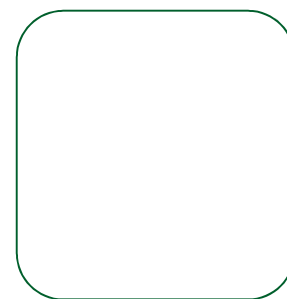


ASOPROCAMBIO
ASOCIACION COLOMBIANA DE
PROFESIONALES DEL CAMBIO
NIT: 900.883.123-0

Amigo profesional
se parte del cambio,
afiliate a
ASOPROCAMBIO

Dirección de notificación de correspondencia física:		<input type="checkbox"/> Dirección Principal		<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/>
Cual?:			Ciudad / Departamento		
Autorizo a ASOPROCAMBIO el envío de información a través de correos electrónicos y/o celulares					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DOCUMENTOS REQUERIDOS Para iniciar el proceso de afiliación debe contar con la siguiente documentación completa y vigente.					
<input type="checkbox"/>	Copia del RUT				
<input type="checkbox"/>	Certificado de Cámara de Comercio de persona natural o Jurídica.				
<input type="checkbox"/>	Certificado de Cámara de Comercio de cada establecimiento afiliado a la empresa.				
<input type="checkbox"/>	Copia de la resolución de autorización emitida por la DIAN.				
<input type="checkbox"/>	Copia de documentos del identificación de propietario, socios o directivos de la empresa				
TERMINOS Y CONDICIONES 1. Autorizo a ASOPROCAMBIO para enviar información sobre mi establecimiento que represento, en los casos que sea necesario para los acuerdos en beneficio de la asociación y sus afiliados. Esto de acuerdo con el régimen general de protección de datos personales conforme con la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 2. Con la firma aceptamos cumplir los estatutos de ASOPROCAMBIO, respetaremos las decisiones tomadas por la Asamblea General y la Junta Directiva, y aceptamos cumplir mensualmente con las cuotas ordinarias y extraordinarias que se establezcan dentro del plazo que se estipule para su pago. 3. Autorizamos la consulta de nuestro(s) establecimiento(s) y/o persona natural o jurídica en relación con LA/FT, en centrales de riesgo, de la misma manera que reporte por incumplimiento. 4. El tiempo en su permanencia mínimo de un año, de lo contrario deberá cancelar el valor de la afiliación : Un millón doscientos mil pesos mda/cte (\$1,200,000). Manifiesto que la información de esta solicitud es verídica. Autorizo de manera expresa e irrevocable a ASOPROCAMBIO para hacer consultas periódicas si se requiere en los establecimientos o entes que se requiera.					

Nombre del solicitante:
Tipo y No. de Identificación:
Cargo



Firma

Huella