



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

Amigo profesional
se parte del cambio,
afiliate a
ASOPROCAMBIOS

FORMULARIO DE AFILIACION

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

DATOS GENERALES			
Nombre o Razón Social:			
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			



Dirección de notificación de correspondencia física:	<input type="checkbox"/> Dirección Principal	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/>
Cual?:	<input type="checkbox"/> Ciudad / Departamento		
Autorizo a ASOPROCAMBIOS 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 ASOPROCAMBIOS 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 ASOPROCAMBIOS, 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 millon doscientos mil pesos mda/cte (\$1,200,000).			
Manifiesto que la información de esta solicitud es verídica. Autorizo de manera expresa e irrevocable a ASOPROCAMBIOS 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