



ASOCIACION MUTUAL MAGISTERIAL

INSCRIPCION CAMARA DE
COMERCIO

S0051419 DEL 29 DE SEPTIEMBRE DE 2016

NIT901013882-4

Solicitud de Afiliación

N° Radicado:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

D M A

ACTUALIZACIÓN AFILIACIÓN

INFORMACIÓN PERSONAL

CÉDULA NO			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES			
FECHA DE EXPEDICIÓN C.C.			LUGAR DE EXPEDICIÓN			GENERO		FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO	
D	M	A				F	M	D	M	A		
MUJER CABEZA DE FAMILIA		TIPO DE SANGRE		NIVEL DE ESTUDIOS		PRIMARIA		BACHILLERATO		TÉCNICO		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/>		UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>		MAESTRÍA <input type="checkbox"/>		
ESTADO CIVIL			TIPO DE VIVIENDA			DIRECCIÓN DE RESIDENCIA						
			ARRIENDO <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/>									
ESTRATO		BARRIO		DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			TELÉFONO CASA		
CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO MÓVIL				REFERENCIA ASOCIADO				

INFORMACIÓN LABORAL

SITIO DE TRABAJO			DIRECCIÓN TRABAJO			TELÉFONO TRABAJO			
TIPO DE CONTRATO			FECHA DE INGRESO A LABORAL			ESCALAFÓN		CIUDAD	
<input type="checkbox"/> propiedad <input type="checkbox"/> TÉRMINO INDEFINIDO			D	M	A				
JORNADA		CARGO		PROFESIÓN			ACTIVIDAD FAVORITA		

INFORMACIÓN FINANCIERA

SUELDO BÁSICO			VALOR OTROS INGRESOS			TOTAL GASTOS		
VALOR APORTE MENSUAL		CUENTA AHORROS <input type="checkbox"/>		CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/>		BANCO		
		OTRA <input type="checkbox"/>				NÚMERO		

GRUPO FAMILIAR- PERSONAS CON QUE VIVE

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO			GENERO	
			D	M	A	F	M
			D	M	A	F	M
			D	M	A	F	M
			D	M	A	F	M
			D	M	A	F	M
			D	M	A	F	M

LUGAR DE ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

RESIDENCIA

TRABAJO

Yo acepto y acato el estatuto y reglamento de la Asociación mutual magisterial y solicito mi afiliación como asociado. Autorizo los descuentos acordados

Firma y cedula afiliado

Pagador del _____ Por medio de la presente autorizo para descontar mensualmente de mi sueldo la cuota de \$ _____, a partir del mes de _____ De carácter indefinido, con destino a la **Asociación Mutual Magisterial**. Por concepto de Aportes Ordinarios y/o créditos.

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRECCIÓN Y TELÉFONO		FIRMA	

AUTORIZACIÓN

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a LA ASOCIACIÓN MUTUAL MAGISTERIAL, NIT. 901013882-4 o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a TransUnion®, o a quien represente sus derechos.

Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso TransUnion® podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos.

Mis derechos y obligaciones así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. Así mismo, manifiesto que conozco el contenido del reglamento de TransUnion®.

En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a TransUnion® a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.

Firma _____

Nombre: _____

Documento de identificación del titular de la información: _____

Ciudad y fecha: _____