



ASOCCIDENTE

Asociación de Industriales y Residentes del Occidente de la Sabana

NIT: 900.045.010-2

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

PERSONA JURIDICA

Razón Social	Nombre Comercial
--------------	------------------

Tipo de Documento * NIT: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>	Número *	Fecha de Expedición D.D. _____ M.M. _____ Año _____
--	----------	--

Clase de Sociedad Privada: *			
Limitada: <input type="checkbox"/>	Unipersonal: <input type="checkbox"/>	Cooperativas: <input type="checkbox"/>	Sin Ánimo de Lucro: <input type="checkbox"/>
Anónima: <input type="checkbox"/>	Colectiva: <input type="checkbox"/>	Comandita Simple: <input type="checkbox"/>	Comandita por Acciones: <input type="checkbox"/>
Otra Cual? _____			

Actividad Económica de la Empresa: *		
Agropecuario <input type="checkbox"/>	Minero <input type="checkbox"/>	Financiero <input type="checkbox"/>
Energético <input type="checkbox"/>	Industria <input type="checkbox"/>	Construcción <input type="checkbox"/>
Transporte <input type="checkbox"/>	Consultoría <input type="checkbox"/>	Telecomunicaciones <input type="checkbox"/>
Salud <input type="checkbox"/>	Educación <input type="checkbox"/>	Otra Cual? _____

Dirección Principal *	Municipio y Departamento *
-----------------------	----------------------------

Teléfono *	Fax	correo electrónico *
------------	-----	----------------------

Número de Sucursales o Agencias	Número de Empleados Directos e Indirectos *
---------------------------------	---

2. INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido *	Segundo Apellido *	Primer Nombre *	Segundo Nombre
-------------------	--------------------	-----------------	----------------

Teléfono *	Fax	Correo Electrónico
------------	-----	--------------------

3. INFORMACIÓN GERENTE GENERAL

Primer Apellido *	Segundo Apellido *	Primer Nombre *	Segundo Nombre
-------------------	--------------------	-----------------	----------------

Teléfono *	Fax	Correo Electrónico *
------------	-----	----------------------

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

Activos Totales en Pesos *

Lugar y Fecha de Diligenciamiento:	D.D. <input type="checkbox"/>	M.M. <input type="checkbox"/>	A.A. <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
Y SELLO DE LA EMPRESA *

* Estos espacios deben diligenciarse Obligatoriamente.

Actuando de conformidad con lo establecido en el Decreto 1377 del 27 de Junio 2013, la ley 1581 de 2012 y política de protección de datos de la Asociación, autorizo expresa, explícita e informada a Asooccidente para que realicen el trato de mis datos personales de manera Leal, Lícita, Segura y confiable para las finalidades señaladas.

Acepto <input type="checkbox"/>
No Acepto <input type="checkbox"/>

COMITÉS DE INTERÉS



1. COMITÉ DE COMUNICACIONES

Mantener una comunicación interna y externa efectiva entre las organizaciones, las comunidades y el estado.

2. COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD Y PRODUCTIVIDAD

Encargado de propender por un entorno favorable para la productividad de las empresas establecidas en la zona de influencia de la Asociación.

3. COMITÉ DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD INTEGRAL

Creado para incrementar la red de apoyo entre las empresas mediante la construcción de estrategias comunes que beneficien a nuestros afiliados en atención a emergencias, ayuda mutua y seguridad física, entre otros.

4. COMITÉ AMBIENTAL

Identificar los aspectos e impactos ambientales generados por el proceso productivo de las empresas, para ello diseñamos estrategias que logren mitigar sus consecuencias a todo nivel.

5. COMITÉ DE GESTIÓN HUMANA

Crea un espacio para el intercambio de mejores prácticas en gestión de capital humano entre las empresas afiliadas, Tendientes a la formación, el empleo y el mejoramiento de la calidad de vida de los colaboradores.

Por favor escriba los comités a los cuáles su empresa desea pertenecer *

Nombre comité(s):

Persona de Contacto

Apellidos:

Nombre(s):

Cargo:

Teléfono

Correo Electrónico

Nombre comité(s):

Persona de Contacto

Apellidos:

Nombre(s):

Cargo:

Teléfono

Correo Electrónico

Nombre comité(s):

Persona de Contacto

Apellidos:

Nombre(s):

Cargo:

Teléfono

Correo Electrónico

Con el propósito de dar cumplimiento a la Ley 599 de 2000 y normas complementarias para el control y Prevención del Lavado de Activos, declaro que:

1. Mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
2. Autorizo a la Asociación para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se deriva de ello.
3. Me obligo con la Asociación a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo a los procedimientos que para tal efecto tenga dispuesta la entidad.
4. Autorizo a la Asociación para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo, y listas vinculantes de lavado de activos y financiar a terrorismo.
5. Autorizo a la Asociación a enviar información a mi correo electrónico: **Si** **No**
6. No admitiré que terceros efectúen a mi nombre o a nombre de mi empresa, actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas autorizadas a las mismas.
7. Declaro que la información aquí relacionada es cierta y a la vez autorizo a la asociación ó a quien ésta alegará para verificar a su entera satisfacción, la información suministrada.

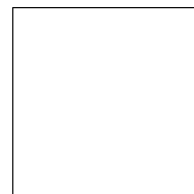
Igualmente autorizo irrevocablemente a la Asociación para que verifique, administre, colecciona, archive, reciba, consulte y/o transmita información comercial y financiera con terceros o con las centrales de riesgo y para dar por terminado la afiliación, contrato o relación que tenga con la Asociación en caso de inequidad o incumplimiento de lo aquí indicado o de cualquier cláusula de los Estatutos de la Asociación o del (los) contrato (s) Suscrito (s) con la entidad.

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN

1. Copia del Nit
2. Formulario de Inscripción
3. Fotocopia Cédula de Ciudadanía del representante Legal
4. Carta de aceptación de estatutos e interés en pertenecer a la asociación
5. Cámara de Comercio no mayor a 30 días
6. Copia de los estados financieros con corte a 31 de diciembre

Firma del Afiliado: _____

C.C. _____



HUELLA
ÍNDICE DERECHO