

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR SU SOLICITUD

(No valido para solicitud de vinculación)

FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS
(Persona natural)

VIN-FR-01 - Versión 3 - febrero/2022



Diligenciar todos los campos resaltados en el formato impresión del formato debe ser doble cara

Ciudad: Fecha de diligenciamiento: dd mm aa

INFORMACIÓN DE SOLICITANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		No. de documento	Ciudad de expedición	Fecha de expedición dd mm aa	
Ciudad de nacimiento	Nacionalidad	Fecha de nacimiento dd mm aa	Estado civil	Cabeza de hogar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. de personas a cargo
Nivel de estudios Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico/Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/>			Profesión o Título obtenido		
Tipo de vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Zona de ubicación Rural <input type="checkbox"/> urbana <input type="checkbox"/>	Dirección de residencia (especifique conjunto, casa, apto, bloque etc.)		Estrato
Barrio de residencia	Municipio / Ciudad de residencia	Departamento de residencia	Correo electrónico		
Celular	Teléfono fijo	Ciudad de correspondencia	Dirección de correspondencia	¿La misma dirección de residencia? <input type="checkbox"/>	

ACTIVIDAD ECONOMICA

Ocupación	Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Asociado por continuidad <input type="checkbox"/>	Empresa para la que labora o actividad que realiza			
Si es Empleado, diligencie los siguientes datos:					
Cargo	Ciudad laboral	Dirección de la empresa	Nombre sede	Fecha de vinculación dd mm aa	
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Término fijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		¿Declara renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PEP

Salario mensual básico \$	Valor aporte / Ahorro mensual (mínimo el 3% de 1 SMLV y máximo el 10% del salario básico del Asociado) \$	Periodicidad para el pago de Aportes / Ahorros 1era quincena <input type="checkbox"/> 2da quincena <input type="checkbox"/> Ambas quincenas <input type="checkbox"/>			
Egresos mensuales \$	Operaciones internacionales	¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Posee productos financieros en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Total activos (casa, apartamento, vehículos, inversiones etc.) \$		¿Cuál?		¿Cuál?	
Total pasivos (deudas, obligaciones financieras) \$	Persona expuesta políticamente (PEP) con reconocimiento público	¿Maneja dineros públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Es o fue una persona políticamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Total Patrimonio (total activos - total pasivos) \$		¿Cuál?		¿Cuál?	

CUENTA BANCARIA

Banco	Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Número de cuenta
Billetera virtual No.	Nequi <input type="checkbox"/> Daviplata <input type="checkbox"/> Transfiya <input type="checkbox"/> Dale <input type="checkbox"/> Movired <input type="checkbox"/> Tpagó <input type="checkbox"/>	

1 Información del asociado

Datos personales completos del asociado

*** Apellidos y nombres completos del asociado

*** Dirección de residencia exacta: Dirección de residencia exacta (especificar conjunto, casa, apto, bloque, etc...)

*** Correo electrónico personal NO laboral .

2 Información de actividad económica

Datos completos de la actividad económica del asociado

*** Empresa para la que labora: empresa con la cual suscribió el contrato.

*** Cargo: cargo que desempeña en la compañía.

*** Ciudad laboral: Ciudad donde actualmente labora.

*** Dirección de la empresa: Dirección el punto donde labora.

3 Información financiera

Datos completos de información financiera del asociado

*** Salario mensual Básico: Salario básico como aparece en el desprendible.

*** Valor aporte / Ahorro mensual: cuota total mensual

*** Periodicidad para el pago de Aportes /Ahorros : especifique la quincena de descuento (ejem: aporte mensual: \$ 100.000 periodicidad; ambas quincenas: Cada quincena dscto de \$ 50.000

***Total activos: sumatoria de todos los bienes a su nombre es decir, casa, apartamento, vehiculo, inversiones, etc...

*** Total pasivos: sumatoria de todas sus deudas u obligaciones financieras diferentes a Bive.

Total de patrimonio: es la sumatoria de total de activos y total de pasivos

4 Información de cuenta bancaria

Cuenta bancaria del asociado

Indique su entidad bancaria, tipo de cuenta y número de cuenta

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR Y BENEFICIARIOS PARA DEVOLUCIONES

El porcentaje (%) de participación entre todos los beneficiarios debe sumar el 100% (en caso de fallecimiento se hará devolución de aportes y ahorros)

Registre en Tipo según corresponda NUIP: Número único de identificación personal T.I: Tarjeta de identidad C.C: Cédula de ciudadanía PEP: Permiso especial de permanencia

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento			Tipo	No. documento	Ocupación u Oficio	%
						dd	mm	aa				
						dd	mm	aa				
						dd	mm	aa				
						dd	mm	aa				
						dd	mm	aa				

SELECCIONA DE ACUERDO A TUS PREFERENCIAS

Hábitos de compra: (marca con una X una o varias opciones)

- Vestuario y accesorios
- Tecnología
- Restaurantes
- Viajes

- Mascotas
- Salud y bienestar
- Entretención
- Educación

Con cual frase te identificas más?: (marca con una X una o varias opciones)

- Felizmente soltero
- Muy familiar
- Eco amigable
- Amante de los animales
- Fan de la tecnología

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS: Declaro que el origen de bienes y/o fondos con los cuales desarrollo mi actividad, apporto como asociado, o cualquier otra actividad que desarrolle con Bive provienen de actividades lícitas y no acepto como propios, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el código penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. 2. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: En mi calidad de titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a Bive o a quién represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor para: a). Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. b). Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal, crediticio, financiero, comercial, de servicio y de terceros países ante cualquier operador, centrales de información del sector financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con Bive, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de habeas data y protección de datos personales. 3. CANALES DE COMUNICACIÓN: Bive me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 4. ACTUALIZACIÓN DE DATOS: Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente, o cuando tenga alguna modificación. Certifico que toda la información es verídica y autorizo a Bive para que la verifique. 5. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO: En caso de ser admitido a como Asociado de Bive, autorizo al pagador quién quiera que sea y/o a Bive a descontar por nómina el valor correspondiente a la cuota de aportes sociales, ahorros permanentes mensuales o quincenales, las cuotas de los créditos y demás convenios y/o servicios a los que me vincule y en general a consultar la información necesaria para mi afiliación. 6. REVOCAR INFORMACIÓN PERSONAL: Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como solicitar por cualquier medio a Bive no utilizar o revocar información personal.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- Formato de Vinculación y/o Actualización de Datos (Persona Natural) a BIVE totalmente diligenciado sin tachones ni enmendaduras, con firma y huella
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento legal de identificación ampliada al 150%

FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

Firma del solicitante
C.C.:



Huella Índice derecho

BIVE podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la ley 527 de 1999.

CONFIRMACIÓN DATOS ASOCIADO PERSONA NATURAL (Espacio exclusivo para uso de Bive)

CONFIRMACIÓN DATOS ASOCIADO PERSONA NATURAL (Espacio exclusivo para uso de Bive)

Tipo de entrevista	Presencial <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/>	Estado de solicitud de afiliación	Aceptada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/>
Nombre y sello de quien realiza la entrevista		Nombre y sello del responsable de la verificación de la información	
D / M / A		D / M / A	
Fecha de la entrevista		Fecha de la entrevista	

5 Información de grupo familiar y beneficiarios

Datos personales completos de los familiares que recibirán la devolución de aportes y ahorros en caso de fallecimiento

Nombres completos, Indicador su parentesco, número de cédula y fecha de nacimiento

El porcentaje debe sumar el 100%

6 Selección de acuerdo a su preferencia

Marque con una x sus hábitos de preferencias

7 firma y huella

Firma: firma del asociado igual que en estos los documentos y firma igual a la cédula.

C.C. de identificación del asociado

Huella del índice derecho: Huella legible con tinta negra. Importante, debe imprimir el formato, firmar y poner huella **no se aceptan firmas digitales**

No se debe diligenciar este campo es espacio exclusivo para uso de Bive

A este formato debe adjuntar obligatoriamente copia de su cédula al 150%