Ciudad y Fecha _____ Vinculación_____ Actualización_____

ORIGIN IT SAS ante la SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES es responsable de implementar un Sistema de Gestión de Riesgos de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación para la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SAGRILAFT Y contar un programa de Transparencia empresarial PTEE. Por lo tanto, la información que usted proporcione en el presente formulario es muy importante y va en coherencia con la normatividad aplicable en esta materia. Agradecemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
1) El formulario debe diligenciarse completamente.
2) Es posible que alguna información no aplique, en cuyo caso así deberá expresarse escribiendo N/A.
Toda la información personal y financiera de quien diligencia y firma el presente formulario (EL TITULAR), será tratada como Información Confidencial, aplicando los parámetros de confidencialidad, reserva y secreto de acuerdo con la normatividad vigente en Colombia. ORIGIN IT SAS, en adelante EL RECEPTOR, se obliga a mantener como confidencialidad, bajo reserva y secreto, toda información que conozca acceda, intercambie, cree u obtenga en el diligenciamiento del presente formulario. Así mismo, EL RECEPTOR mantendrá la información de modo confidencial y privado y se abstendrán de reproducirla o darla a conocer.

INFORMACION GENERAL				
Nombres y apellidos				**Identificación (CC) y Exp.**
Dirección Residencia	**Ciudad**	**Barrio**	**Celular**	**e-mail**
Fecha y Lugar de Nacimiento			**Profesión:**	
Cargo:				
Estado Civil: Casado(a) ____ Soltero(a) ____ Unión Libre____ Otro____			**Nombre del Conyugue y Tel.:**	
FONDOS A LOS QUE SE ENCUANTRA AFILIADO:				
SALUD:			**PENSIONES:**	
CESANTIAS:				
Estudios Profesionales:				

DECLARACION ORIGEN DE FONDOS
Declaro expresamente que el origen de mis fondos es de las siguientes actividades:

INFORMACIÒN BANCARIA			
Intermediarios bancarios que utiliza para recepción de pagos de nóminas u otros.			
Banco	**Tipo de Cuenta**	**Fecha de Apertura**	**Ciudad**

CONTACTOS				
Contacto	**Apellidos y Nombres**	**Cargo**	**Teléfono**	**E-mail**
FAMILIAR				
PERSONAL				
OTRO				

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS

"Las medidas de protección de datos son un elemento importante para nosotros y la seguridad de nuestros clientes, por esto se han diseñado acciones para garantizar la seguridad de estos, solicitamos la autorización para permitirnos hacer uso de sus datos con las finalidades que se mencionan a continuación:
Los datos de información personal obtenida a través de nuestros sistemas electrónicos, documentos recibidos y/o en la prestación del servicio tienen como finalidad:

- Mantener una comunicación efectiva con asociados, empleados y partes relacionadas.
- Seguimiento y control de partes que manejan información personal de partes asociadas.
- Realizar las actividades como nóminas, reportes a entes de control.
- Capacitaciones efectivas en normatividad, oficio, ética y otras.
- Informar sobre el desarrollo, novedades o cambios que se presenten en nuestros productos y servicios.
- Evaluación de la calidad de nuestros productos y servicios prestados.
- Compartir, incluyendo la transmisión de datos a los sistemas informáticos sobre los cuales se controlan los servicios.

Dando cumplimiento a lo establecido por las autoridades a partir de la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales", los datos recolectados de su solicitud de compra o prestación de servicios se mantienen en una base de datos propia conservada bajo nuestra responsabilidad; y tienen como finalidad las descritas anteriormente; esto se da a partir de la firma del presente documento y hasta tanto sea esta revocada, esta podrá ser revocada en los casos contemplados por la ley.
Con esta autorización, el titular acepta la realización del tratamiento de sus datos según las finalidades antes mencionadas y certifica que toda la información que suministra es verídica y ha sido obtenida por mecanismos legalmente establecidos, en los casos que la información presente algún tipo de falsedad u omisión podría generar la imposibilidad de realizar procesos de compraventa o prestar adecuadamente los servicios.
Le recordamos, que puede en cualquier momento acceder a la información suministrada, también a la rectificación, actualización o revocación de la información, en los términos establecidos por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 mediante una solicitud por escrito con sus datos de identificación.

COMPROMISO DE SEGURIDAD ASOCIADO DE NEGOCIO

Con el fin de establecer y mantener buenas prácticas de seguridad y protección entre todos aquellos que intervienen en nuestro servicio: **ORIGIN IT SAS** ha establecido una política en prevención del lavado de activos, la financiación del terrorismo y actividades ilícitas, encaminada a evitar que se atente contra el patrimonio empresarial, sus funcionarios y la prestación del servicio, desarrollando relaciones comerciales con asociados de negocios confiables y seguros .

El empleado se compromete:

- Cumplir con la normativa Legal y de otra índole vigente aplicable.
- Garantizar las medidas de control apropiadas, lo cual evita la realización de cualquier operación cambiaria y/ o de comercio exterior, que pueda ser utilizada como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento de bienes o recursos provenientes de actividades ilícitas.
- Contar con personal debidamente seleccionado, capacitado y competente para la prestación del servicio.
- Garantizar la mayor eficiencia y confiabilidad de nuestro servicio para contribuir al comercio seguro.
- Mantener confidencialidad, protección y privacidad de la información, así como el de sus documentos y productos críticos suministrados.

Declaro igualmente que los recursos económicos utilizados para el buen desarrollo de la actividad comercial no provienen en ningún caso de actividades ilícitas y no tienen ninguna relación comercial con terceros, que se dediquen a conductas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra Norma Legal que lo modifique o derogue.

Firma del Empleado o solicitante_____
Nombre:
Fecha:

-Al firmar acepta la autorización de tratamiento de datos, compromiso de seguridad de asociado y veracidad de la información aquí suministrada.

DOCUMENTOS PARA ADJUNTAR A ESTE FORMATO. – SOLO COLABORADORES NUEVOS

	ADJUNTA	SI	NO
1	Hoja de Vida.		
2	1 foto Tipo documento. (escaneada)		
3	Cédula de Ciudadanía		
4	Libreta Militar (Hombres)		
5	Rut		

6	Certificado del Pasado Judicial.		
7	Registro Civil de Nacimiento.		
8	Registro Civil de Matrimonio.		
9	Fotocopia de la Cédula del Cónyuge.		
10	Si el Cónyuge labora, Certificación laboral especificando cargo, sueldo, antigüedad, Caja de Compensación a la que está afiliado y si recibe o no subsidio.		
11	Registro civil de nacimiento de los hijos y la respectiva tarjeta de identidad.		
12	Certificación de los dos últimos empleos.		
13	Fotocopia de Certificados Académicos.		
14	TARJETA PROFESIONAL - Si aplica		
15	Informe de Entrevistas.		
16	Examen Médico de Ingreso (Reclamar Orden en la empresa).		
17	Formato en el cual indica: Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones y Fondo de Cesantías elegidos para ser afiliado (Reclamarlo en la empresa)		
18	Certificado de la afiliación al Fondo de Pensiones.		
19	Certificado de la afiliación a la EPS		
20	Dos Cartas de Recomendación Personal.		
21	Dos Cartas de Recomendación Laboral.		
22	Verificación de Referencias.		
23	Contrato de Trabajo		
24	Cartilla SAGRILAFT - PTEE Firmada		
23	Este formado de conocimeinto Diligenciado		

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE ORIGIN IT SAS

DOCUMENTACION: Total_____ Parcial_____		**OBS.**
RESAULTADO: CA RI	**Elaboró:**	**Firma y Fecha:**