

**Procedimiento a Realizar:**

**Actualización**

**Afiliación**
**V. 06.2015**
**Sede del capítulo donde se encuentra afiliada o desea afiliarse su empresa:**

<input type="checkbox"/> Bogotá	<input type="checkbox"/> Buenaventura	<input type="checkbox"/> Santa Marta	<input type="checkbox"/> Barranquilla	<input type="checkbox"/> Cartagena
<input type="checkbox"/> Cúcuta	<input type="checkbox"/> Ipiales	<input type="checkbox"/> Medellín	<input type="checkbox"/> Cali	

**Información General**
**Fecha de diligenciamiento:**

Razón Social:

NIT:

Fecha de constitución:

Pagina web:

Tipo de empresa:

 Agencia de Aduana
  Agencia de Carga
  OTM
  Depósito
  UAP
  Otro, cuál?

**Información Demográfica**
**Dirección Oficina Principal:**

Barrio:

Ciudad:

Departamento:

Teléfonos:

Fax:

Dirección de envío de factura:

Número de empleados Nivel Nacional:

Empresas o entidades que representan en el país:

¿Actualmente está afiliado a otros capítulos?:

¿Cuál?

Sucursales a nivel nacional e internacional:

**Representante Legal**

Nombre:

Fecha de nacimiento DD/MM/AA:

Ciudad:

Identificación: De:

Celular:

Correo electrónico:

**Gerente General**

Nombre:

Fecha de nacimiento DD/MM/AA:

Ciudad:

Identificación: De:

Celular:

Correo electrónico:

**Información Específica de la oficina en la ciudad donde actualiza su información o desea afiliarse su empresa.**

Nombre Gerente de Sucursal:

 e-mail Gte Sucursal

Dirección / Sucursal:

Teléfonos Oficina Sucursal:

Teléfonos Gerente Oficina Sucursal:

Celular Gerente Oficina Sucursal:

Nombre	Cargo	Teléfono Celular	E-mail
<b>Otro Celular para Contacto:</b>			

**Contactos para envío de información**
**Encargado(a)**
**Nombre**
**Correo Electrónico**

Talento Humano

Operaciones

Financiero

Tesorería

Comercial

Jurídico

	Nombre	Cargo	Teléfono	Correo Electrónico
	<b>Contactos para envío de información diaria del Capítulo</b>			

 SI

 NO

Autorizo a FITAC el envío de toda la información de interés de la Federación a través del correo electrónico y/o mensajes de texto, a las direcciones y números de celular suministrados para dicho fin.

**Contacto para Pago de Factura**

Nombre

Teléfono / Ciudad

E-mail

Celular

**Anexos**

**Para el proceso de afiliación datos debe contar con la siguiente documentación completa y al día.**

<input type="checkbox"/>	Balance de la Empresa
<input type="checkbox"/>	Carta de Presentación de dos o más socios de la Federación
<input type="checkbox"/>	Certificado de Cámara de Comercio -No inferior a 3 Meses
<input type="checkbox"/>	Fotocopia del RUT
<input type="checkbox"/>	Hojas de Vida de los Directivos
<input type="checkbox"/>	Referencia Bancaria y Comercial
<input type="checkbox"/>	Resolución DIAN

**Aceptación de términos**

1. Declaramos que nos sometemos a los estatutos de la Federación. Respetamos los acuerdos de la Asamblea General y la Junta Directiva, y nos comprometemos a cubrir mensualmente, dentro de los plazos que se estipulen, las cuotas ordinarias y extraordinarias que se fijen.

2. Autorizo a la Federación para enviar información sobre la empresa que represento, en los casos que sean celebrados convenios, alianzas y demás que redunden en un beneficio para Fitac y sus afiliados. Esto de acuerdo con el régimen general de protección de datos personales de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

3. Autorización para consulta y reporte a centrales de riesgo: Certifico que la información de esta solicitud es verídica. Autorizo de manera expresa e irrevocable a FITAC o a quien represente sus derechos u obstante en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, divulgar y mantener actualizada toda la información que se requiere a mi comportamiento crediticio y comercial a cualquier base de datos y/o centrales de información y/o de riesgo o a quien represente sus derechos.

Nombre del solicitante:

Firma de solicitante:

Cargo

C.C.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fecha de Aprobación de Afiliación**