



COOPSECON
COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS CONFAMILIARES

REGISTRO SOCIAL

INGRESO

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ASOCIADO: _____

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. C.E. N° _____ FECHA EXP. EXPEDIDA EN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: DEPTO. _____ CIUDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ DEPTO. _____ CIUDAD: _____

BARRIO: _____ TELÉFONO: _____ ESTRATO: _____

CELULAR: _____ E-MAIL: _____ ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____

DIRECCIÓN PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA: _____ CÓDIGO CIUU: _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD: _____

TIENE EDUCACIÓN SOLIDARIA CERTIFICADA? SI _____ NO _____ No. DE HORAS: _____

PROFESIÓN: _____ OCUPACIÓN: _____

CUENTA BANCARIA: _____ C.H.A. C.T.E. N° _____

DATOS CONYUGE: _____ C.C. _____ EXPEDIDA EN: _____ CEL.: _____

NÚMERO DE HIJOS: _____ REFERENCIA FAMILIAR: _____ TELÉFONO: _____

TIENE VIVIENDA: SI _____ NO _____ VR. AVALUO \$ _____ TIENE VEHÍCULO: SI _____ NO _____ VR. AVALUO \$ _____

VINCULACIÓN SERVICIOS FUNERARIOS: SI _____ NO _____ CUAL: _____

VINCULADO A OTRO FONDO O COOPERATIVA: SI _____ NO _____ CUAL: _____

GRUPO FAMILIAR (PADRES, HIJOS, CONYUGE, HERMANOS, ABUELOS, SOBRINOS)

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	PAREN TESCO	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN U OFICIO	SEXO	ESCOLARIDAD							FECHA NACIMIENTO				
						Prim.	Sec.	Tec.	Tecn.	Un.	Esp.	DÍA	MES	AÑO			

INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA A LA QUE PERTENECE: _____ CARGO ACTUAL: _____

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: _____ DEPTO: _____ CIUDAD: _____ TEL.: _____

ÁREA O SECCIÓN: _____ SALARIO BÁSICO O INGRESO MENSUAL: \$ _____

TIPO DE CONTRATO: _____ FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____

E-MAIL: _____

AUTORIZACIÓN DE LIBRANZA: (Aplica sólo para convenios empresariales)
Autorizamos realizar descuento de nómina por los servicios solicitados, tales como: Aportes, Cuota de Afiliación, Cursos de Cooperativismo, Seguros y Créditos: SI _____ NO _____

DILIGENCIE SI USTED POSEE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO			NÚMERO DE NIT.			ACTIVIDAD ECONÓMICA			CIUU		
CAMARA DE COMERCIO (SI APLICA)			FECHA DE CONSTITUCIÓN (SI APLICA)			E-MAIL					
AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA						
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO						DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		TELÉFONO	

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL SOLICITANTE

Ingreso mensual: \$ _____ Egreso mensual: \$ _____ Activos: \$ _____

Otros ingresos: SI ___ NO ___ Pasivos: \$ _____

Especificar: _____

PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ___ NO ___

¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general? SI ___ NO ___

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ___ NO ___

¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con las características anteriores? SI ___ NO ___

Descripción de la actividad económica _____ Código CIU _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo provienen de actividades lícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable, y me obligo a verificar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Cooperativa COOPSECON. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Cooperativa, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de esta relación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen: _____

CLÁUSULAS DE AUTORIZACIÓN

1. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Con el diligenciamiento de los datos solicitados en este formulario, autoriza expresamente a la Cooperativa COOPSECON, para dar tratamiento a mis datos personales, lo que consiste en el almacenamiento, análisis, envío de información, gestión documental, digitalización, actualización y modificación atendiendo a las siguientes finalidades: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, ofertas, promociones, alianzas, estudios, concursos y contenidos de COOPSECON. 2. Proveer nuestros servicios y productos. 3. Informar sobre nuevos productos o servicios que estén relacionados con el o los contratado(s) o adquirido(s). 4. Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con usted y con nuestros demás asociados, proveedores y empleados. 5. Informar sobre cambios de nuestros productos o servicios. 6. Evaluar la calidad del servicio. 7. Realizar estudios internos sobre hábitos de consumo. Como titular de la información, manifiesto también que he sido informado previamente a la entrega de esta autorización, sobre las condiciones del tratamiento y alcance del mismo, así como sobre las políticas de protección de datos personales de COOPSECON y el sitio donde puedo acceder a éstas, en su página web.

2. AUTORIZACIÓN DE CONSULTORES Y REPORTES A CENTRALES DE RIESGO

En mi (nuestra) calidad de titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa COOPSECON, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi (nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes al momento del reporte o consulta. Esta autorización cobija todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervengan(mos) como deudor(es) de la Cooperativa COOPSECON o a quien represente sus derechos. A sí mismo autorizo(amos) a la central de riesgo a que en su calidad de operador, pongan mi (nuestra) información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley siempre y cuando su objetivo sea similar al aquí establecido.

3. AUTORIZACIÓN, CONDICIONES Y COMPROMISOS

Al solicitar la afiliación a la Cooperativa COOPSECON, me comprometo a aceptar el estatuto, los reglamentos y disposiciones en general de la entidad. Autorizo a COOPSECON a desvincularme de los convenios seguros, celulares, medicina prepagada, etc, en caso de presentar mora en mis obligaciones con la Cooperativa.

FIRMA Y HUELLA

NOTA: Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado a la Cooperativa COOPSECON, es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Nombre del solicitante: _____

Firma: _____

C.C. _____



Huella índice
derecho

INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

Fecha de la entrevista: _____

Resultado: Aceptado: _____ Rechazado: _____

Observaciones: _____

Documentación completa: SI ___ NO ___

Observaciones: _____

Nombre del entrevistador: _____

Funcionario que verifico la información: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CONSULTA EN LISTAS VINCULANTES

ENTIDAD	SI	NO
LISTA DE VINCULANTES		

OBSERVACIONES: _____

APROBACIÓN POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

SI ___ NO ___ ACTA No. _____ DEL DÍA ___ MES _____ AÑO _____

OBSERVACIONES: _____

Revisado por Gerencia

Verificado Asistente

PERSONAS JURÍDICAS

Razón Social _____
 NIT. _____
 Numero de matricula y Fecha de Matricula Cámara de Comercio _____ DD MM AAAA
 Dirección Domicilio _____ Departamento _____ Municipio _____
 Teléfono(s) _____ N° de Fax _____
 Tipo de empresa privada pública mixta _____
 Actividad Económica _____ CIU _____
 Nombre completo del Representante legal _____
 N° Identificación del representante legal _____ RC CC TI CE Pas
 Lugar y Fecha de Nacimiento Representante Legal _____
 Correo Electronico Empresarial del representante Legal _____
 Dirección domicilio _____ Departamento _____ Municipio _____
 Teléfono(s) Representante Legal _____

Accionistas o asociados* que tengan directa o indirectamente una participacion superior al 5% del capital social, aporte o participacion.

Tipo de Documento de Identificación	Numero de Documento de Identificación	Nombre y Apellidos	% de Participación

INFORMACION FINANCIERA (\$)

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal _____
 Otros ingresos (especificar) _____ Concepto de Otros Ingresos _____
 Egresos mensuales _____
 Total activos _____
 Total pasivos _____

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera ? SI NO
 Importaciones Exportaciones Inversiones Transferencias Otra _____
 ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI NO

Tipo de producto _____
 Identificación del producto _____
 Numero del producto _____
 Entidad _____
 Monto _____
 Ciudad _____
 Pais _____
 Moneda _____

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

FIRMA CLIENTE



HUELLA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERIDICA Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE LA VERIFIQUE.
 ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACION DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE.

AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACION A LAS CENTRALES DE RIESGO.
 DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL.



HUELLA

FECHA DILIGENCIAMIENTO DD MM AAAA

FIRMA CLIENTE