



**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 CIUU \_\_\_\_\_

## 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 REPORTE 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
<b>LISTA DE VINCULANTES</b>		

**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**