



**COOPSECON**  
COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS

Ed. Sociedad Colombiana de Arquitectos de Caldas - Oficina 702  
Carrera 21 No. 30 - 03 MANIZALES - COLOMBIA  
☎ 606 846 1640 - 606 863 2751 ☎ 320 676 6494 ☎ 321 701 5128  
Correo electrónico: coopsecon@hotmail.com / www.coopsecon.com / Manizales, Caldas

INGRESO

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

## REGISTRO SOCIAL

### 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: \_\_\_\_\_ DECLARA RENTA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 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:

1. 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.
2. 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.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de esta relación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
5. 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.
6. 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 cubre 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 si 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.

4. Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, domiciliado y residenciado en \_\_\_\_\_ identificado con CC No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en mi calidad de Asociado y cuya imagen será fijada en una fotografía o producción audiovisual (video), suscribo el presente documento de autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografía y procedimientos análogos y/o digitales a la fotografía, o producción audiovisual (video), la presente autorización de uso se otorga a la Cooperativa Multiactiva de Servicio - Coopsecon, para ser utilizada en ediciones impresas y electrónicas, digitales, ópticas y en la Red Internet.

## 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: \_\_\_\_\_