

INGRESO <input type="checkbox"/>		REINGRESO <input type="checkbox"/>		ACTUALIZACION DE DATOS <input type="checkbox"/>		FECHA DILIGENCIAMIENTO MES / DIA / AÑO	
INFORMACION PERSONAL JURIDICA							
NOMBRE RAZON SOCIAL							
NIT:				Fecha de constitución: MES / DIA / AÑO			
Tipo de empresa: Privada _____ Pública _____ Mixta _____							
DIRECCION:							
País:		Departamento:			Municipio:		
Teléfono Fijo:				Teléfono celular:			
Correo electrónico:					Sitio web:		
ACTIVIDAD ECONOMICA:				No. CIU:			
¿Enviar correspondencia física a ésta dirección? SI _____ NO _____							
INFORMACION TRIBUTARIA							
Regimen de Iva: Comun _____ Simplificado _____							
Regimen de Renta: Empleados _____ No contribuyente _____ Contribuyente _____ Exento _____							
¿Autoretenedor? SI _____ NO _____							
INFORMACION PERSONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL							
Primer nombre:				Segundo nombre:			
Primer Apellido:				Segundo Apellido:			
Tipo de Identificación: C.C. _____ C.E. _____ No:				Fecha de expedición: MES / DIA / AÑO		Lugar de expedición:	
Fecha de nacimiento: MES / DIA / AÑO		Ciudad:		Departamento:		País:	
Género M _____ F _____ OTRO _____		Estado Civil Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Divorciado _____ Unión libre _____ Viud@ _____					
Dirección de residencia:				Vivienda: Propia _____ Arrendada _____ Familiar _____ Hipotecada _____			
Departamento:		Municipio		Estrato socio económico: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__			
Teléfono Fijo:				Teléfono celular:			
Correo electrónico Personal:				¿Autorizo envío de mensajes a mi correo electrónico? SI _____ NO _____			
Dirección de cuenta Facebook o cuenta en Twitter:							
¿Autoriza pertenecer al grupo de WhatsApp de COOPCEN Ltda para recibir información de carácter informativo, Estado de cuenta y promociones ?				SI _____ No. Celular: NO _____ No Tiene _____			
Responsable de Hogar: SI _____ NO _____				Mujer Cabeza de Familia: SI _____ NO _____			
Número de Personas a cargo _____				Población Vulnerable: SI _____ NO _____			
Si es Población Vulnerable ¿Cual?: Afrodescendientes _____ Desplazado _____ Discapacitado _____ Raizales _____ Víctima _____ Reinsertado _____							
Si la vivienda es arrendada			Si la vivienda es familiar			Si el inmueble esta con Hipoteca	
Nombre arrendatario:			Nombre del familiar:			Banco	
			Parentesco:			Fecha de Vencimiento:	
Teléfono del arrendatario:			Teléfono celular:				
INFORMACION ACADÉMICA							
Primaria _____ Bachillerato _____ Técnico _____ Tecnólogo _____ Universitario _____ Especialización _____ Maestría _____ Doctorado _____							
Profesión:							
Ocupación: Empleado _____ Independiente _____ Socio o Empleado Socio _____ Jubilado _____ Ganadero _____ Agricultor _____ Comerciante _____ Transportador _____ Rentista de Capital _____ Profesional Independiente _____ Desempleado _____ Estudiante _____ Ama de Casa _____							
INFORMACION LABORAL							
Nombre de la Empresa O Establecimiento:						Nit:	
Dirección:			Teléfono:			Ciudad:	
Correo electrónico Laboral:				¿Autorizo envío de mensajes a mi correo electrónico Laboral? SI _____ NO _____			
Fecha de ingreso: MES / DIA / AÑO				Jornada Laboral: Total _____ Parcial _____ No Aplica _____			
Vencimiento del Contrato: MES / DIA / AÑO				Cargo:			
Tipo de contrato: Fijo _____ Indefinido _____ Prestación de Servicios _____ Provisionalidad _____ Planta Temporal _____ Otro _____							
Si su ocupación es Agricultor, comerciante, independiente, o ganadero por favor diligenciar la siguiente información.							
Actividad Económica Principal: Cultivar, Cosechar, Criar _____ Fabricar, Manufactura, Transformar _____ Construir _____ Transportar _____ Suministrar o Prestar Servicios _____ Explotar, Extraer, Explorar El Subsuelo _____ Vender y/o Comprar _____							
Ciu:				Tiempo de la Actividad en Meses:			
INFORMACION SOCIOECONÓMICA							
INGRESOS				EGRESOS			
Sueldo		\$		Arriendos		\$	
Pensión		\$		Gastos Familiares		\$	
Arrendamientos		\$		Otros Egresos		\$	
Actividad Comercial		\$					
Otros ingresos		\$					
TOTAL INGRESOS		\$		TOTAL EGRESOS		\$	
ACTIVOS							
INMUEBLE 1				VEHÍCULO 1			
Tipo: Casa _____ Apartamento _____ Finca _____				Tipo: Moto _____ Automovil _____ Furgón _____ Camión _____ Maquinaria _____			
Dirección:				Marca		Modelo	
Valor Comercial \$				Placa			
Hipoteca: SI _____ NO _____				Valor Comercial \$			
Saldo de la deuda \$		Banco:		Saldo de la deuda \$		Banco:	

INMUEBLE 2		VEHÍCULO 2		
Tipo: Casa ____ Apartamento ____ Finca ____		Tipo: Moto__ Automovil__ Furgón__ Camión__ Maquinaria__		
Dirección:		Marca	Modelo	Placa
Valor Comercial \$		Valor Comercial \$		
Hipoteca: SI ____ NO ____		Saldo de la deuda \$ Banco:		
Saldo de la deuda \$ Banco:		Saldo de la deuda \$ Banco:		
PASIVOS				
TIPO	SALDO DE LA DEUDA	ENTIDAD FINANCIERA	FECHA DE TERMINACIÓN	CUOTA
Crédito de Consumo	\$		MES / DIA / AÑO	
Crédito Comercial	\$		MES / DIA / AÑO	
Crédito de Vivienda	\$		MES / DIA / AÑO	
Tarjeta de Crédito	\$		MES / DIA / AÑO	
¿Declara Renta? SI ____ NO ____		¿Administra recursos públicos? SI ____ NO ____		
INFORMACIÓN BANCARIA				
Cuenta: Ahorro ____ Corriente ____		Banco:	No. Cuenta:	
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA				
Realiza operaciones en moneda extranjera: SI ____ NO ____		Descripción de las operaciones en moneda extranjera:		
Posee cuentas en moneda extranjera: SI ____ NO ____		Moneda	Pais	No. Cuenta
IDENTIFICACIÓN DE P.E.P'S (Persona Expuesta Publicamente)				
Administra recursos públicos: SI ____ NO ____		Persona considerada públicamente expuesta: SI ____ NO ____		
¿Qué tipo de reconocimiento tiene públicamente?				
REFERENCIA PERSONAL		REFERENCIA FAMILIAR (Familiares que no viva con usted)		
Nombre y Apellido:		Nombre y Apellido:		
Dirección:		Dirección:		
Teléfono		Teléfono:		
Ciudad:		Ciudad:		
CURSOS COOPERATIVOS				
Nombre	Entidad	Horas	Fecha	
BENEFICIARIOS DE APORTES				
BENEFICIARIO 1				
No. Identificación	Tipo	Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	
	CC ____ TI ____ NUIP ____ RC ____ Otro ____	MES / DIA / AÑO		
		Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
		MES / DIA / AÑO		
Primer nombre:		Segundo nombre:		
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		
Genero: M ____ F ____	Parentesco:	Nivel de Escolaridad:		
Dirección:		Teléfono Celular:		
Depende económicamente: SI ____ NO ____		Profesión u oficio:	Públicamente expuesto: SI ____ NO ____	
Porcentaje beneficiario del aporte %				
BENEFICIARIO 2				
No. Identificación	Tipo	Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	
	CC ____ TI ____ NUIP ____ RC ____ Otro ____	MES / DIA / AÑO		
		Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
		MES / DIA / AÑO		
Primer nombre:		Segundo nombre:		
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		
Genero: M ____ F ____	Parentesco:	Nivel de Escolaridad:		
Dirección:		Teléfono Celular:		
Depende económicamente: SI ____ NO ____		Profesión u oficio:	Públicamente expuesto: SI ____ NO ____	
Porcentaje beneficiario del aporte %				
BENEFICIARIO 3				
No. Identificación	Tipo	Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	
	CC ____ TI ____ NUIP ____ RC ____ Otro ____	MES / DIA / AÑO		
		Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
		MES / DIA / AÑO		
Primer nombre:		Segundo nombre:		
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		
Genero: M ____ F ____	Parentesco:	Nivel de Escolaridad:		
Dirección:		Teléfono Celular:		
Depende económicamente: SI ____ NO ____		Profesión u oficio:	Públicamente expuesto: SI ____ NO ____	
Porcentaje beneficiario del aporte %				
BENEFICIARIO 4				
No. Identificación	Tipo	Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	
	CC ____ TI ____ NUIP ____ RC ____ Otro ____	MES / DIA / AÑO		
		Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
		MES / DIA / AÑO		
Primer nombre:		Segundo nombre:		
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		
Genero: M ____ F ____	Parentesco:	Nivel de Escolaridad:		
Dirección:		Teléfono Celular:		

Depende económicamente: SI_____ NO_____		Profesión u oficio:		Públicamente expuesto: SI_____ NO_____	
Porcentaje beneficiario del aporte		%			
BENEFICIARIO 5					
No. Identificación		Tipo		Fecha de Expedición	
		CC___ TI___ NUIP___ RC___ Otro___		MES / DIA / AÑO	
				Fecha de Nacimiento	
				MES / DIA / AÑO	
Primer nombre:			Segundo nombre:		
Primer Apellido:			Segundo Apellido:		
Genero: M___ F___		Parentesco:		Nivel de Escolaridad:	
Dirección:				Teléfono Celular:	
Depende económicamente: SI_____ NO_____		Profesión u oficio:		Públicamente expuesto: SI_____ NO_____	
Porcentaje beneficiario del aporte		%			
TUTOR: en caso de dejar beneficiarios menores de edad, por favor indicar el TUTOR responsable de sus dineros.					
Identificación		Nombres y Apellidos		Dirección	
				Ciudad	
				Teléfono o Celular	
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS					
<p>En calidad de asociado de COOPCEN LTDA, por medio del presente escrito autorizo a (empresa donde labora) _____ para que del salario que devengo y para atender todas las obligaciones que contraiga con COOPCEN LTDA, se me realicen descuentos (mensuales, o de primas) y sean puestos a disposición de la cooperativa con fundamento en las normas legales del sector cooperativo. Igualmente autorizo irrevocablemente que, en caso de retiro de la empresa, se descuenta del valor de la liquidación de mis prestaciones sociales los saldos insolutos de deuda que tenga vigente. Otorgo amplias facultades a COOPCEN LTDA, para tramitar lo referente al cobro de mis prestaciones sociales. Si por alguna razón la entidad para la cual laboro deja de descontar para COOPCEN LTDA los descuentos que estoy autorizando, me comprometo a pagar las mismas sumas, directamente a lo indicado por COOPCEN LTDA en las condiciones establecidas en el estatuto y reglamento.</p> <p>Acepto también el ajuste de la mensualidad a pagar de acuerdo al incremento estipulado en los contratos suscritos entre COOPCEN LTDA y las entidades prestadoras de servicios y/o productos y además al incremento decretado por el gobierno nacional con base en el IPC que corresponda a cada período anual y que se cause en la vigencia del presente contrato. Acepto la renovación y/o prórroga automática del período y la vigencia del mismo. Esta autorización permanecerá vigente en tanto no sea revocada por escrito.</p>					
DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS					
<p>En cumplimiento de las normas legales para la apertura de productos financieros y solidarios, declaro a COOPCEN LTDA, bajo la gravedad de juramento que los fondos y bienes que poseo, provienen de (detalle de la ocupación, profesión, actividad, negocio, en otros mencionados en el presente formulario, y) _____, así como los que componen los recursos depositados y son producto de actividades lícitas. Así mismo, declaro que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos de actividades ilícitas y no efectuaré transacciones destinadas a dichas actividades contempladas en el Código Penal Colombiano, en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo o en cualquier norma que lo modifique o adicione. De igual modo, autorizo a COOPCEN LTDA para verificar y reportar a las entidades competentes toda la información suministrada a COOPCEN LTDA, declarando ser verídica y legal.</p>					
CONSULTA, REPORTE Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - CENTRALES DE RIESGO					
<p>Autorizo a COOPCEN LTDA para que, con fines de información, consulte y reporte, lo que se refiera al comportamiento financiero, crediticio y comercial en las centrales de riesgo. De igual manera autorizo a COOPCEN LTDA de tratar mis datos personales de acuerdo con la política establecida de HABEAS DATA y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para los fines legales, contractuales y comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales, publicada en la página Web www.coopcen.coop</p> <p>Informamos que la Cooperativa Multiactiva de Centrales Eléctricas de Nariño -COOPCEN LTDA - identificada con NIT. 891224291-1 domiciliado en la Carrera 32 # 19 a - 28 San Juan de Pasto., Colombia Tel: (602) 7291957 - Cel: 3155977193, es responsable y encargada del tratamiento y protección de datos personales aquí suministrados. Autorizo de manera permanente para consultar y reportar a las centrales de riesgo toda la información financiera y comercial con fundamento en lo dispuesto en las normas legales del sector cooperativo y Ley de protección de Datos.</p>					
SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
<p>El asociado se obliga con COOPCEN LTDA a realizar la actualización de sus datos personales al menos una (1) vez al año, a entregar información veraz y verificable, suministrando la totalidad de la información que solicite la cooperativa. COOPCEN LTDA podrá dar por terminada cualquier relación comercial, contractual o de negocios con el asociado teniendo como fundamento, además de las cláusulas establecidas en los reglamentos y/o contratos de los diferentes productos y servicios, las siguientes: (i) cuando figure en cualquier tipo de investigación o proceso relacionado con delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT) o con la administración de recursos relacionados con dichas actividades. (ii) cuando se encuentre incluido en listas públicas para el control de Lavado de Activos y Financiación del terrorismo (LAFT) administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera. (iii) cuando figure en requerimiento de entidades de control, noticias, tanto a nivel nacional como internacional, por la presunta comisión de delitos fuentes de Lavado de activos y financiación de terrorismo (LAFT).</p>					
CANALES DE COMUNICACIÓN					
<p>Autorizo expresa e incondicionalmente a la COOPCEN LTDA, para que me contacte y suministre información mediante los canales de comunicación que disponga, tales como correos electrónicos, mensajes de texto, comunicaciones escritas y llamadas telefónicas, aplicando la normatividad legal que corresponda.</p>					
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL SOLICITANTE					
<p>En constancia de haber diligenciado, leído, entendido y aceptado toda la información, autorizaciones y declaraciones del presente formato, firmo a continuación:</p>					
Firma_____				HUELLA DEL SOLICITANTE	
C.C. No.					
ESPACIO EXCLUSIVO PARA COOPCEN LTDA					
VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN			APROBACIÓN		
Validado y verificado por:			Acta del Concejo de Administración No.		
Fecha: MES / DIA / AÑO			fecha de Aprobación: MES / DIA / AÑO		
Observaciones:			Observaciones:		
Firma de quien valida					
Firma_____					
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL COOPCEN LTDA					
C.C. No.					