

INGRESO <input type="checkbox"/>			REINGRESO <input type="checkbox"/>			ACTUALIZACION DE DATOS <input type="checkbox"/>			FECHA DILIGENCIAMIENTO		
INFORMACION PERSONAL											
Primer nombre:						Segundo nombre:					
Primer Apellido:						Segundo Apellido:					
Tipo de Identificación: C.C. C.E. No:			Fecha de expedición:			Lugar de expedición:					
Fecha de nacimiento:				Ciudad:		Departamento:		País:			
Género		Estado Civil		Municipio		Estrato socio económico:		Unión libre		Viud@	
M F OTRO		Soltero Casado Separado Divorciado				1 2 3 4 5 6					
Dirección de residencia:						Vivienda: Propia Arrendada Familiar Hipotecada					
Departamento:			Municipio			Estrato socio económico:					
Teléfono Fijo:						Teléfono celular:					
Correo electrónico Personal:						¿Autorizo envié 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 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 Victima 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:											
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 envié de mensajes a mi correo electrónico Laboral? SI NO			
Fecha de ingreso:				Jornada Laboral: Total Parcial No Aplica							
Vencimiento del Contrato:				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 Suministrar o Prestar Servicios				Fabricar, Manufactura, Transformar Explorar Extraer, Explorar El Subsuelo				Construir Transportar Vender y/o Compra			
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			Marca			Modelo		
Dirección:			Valor Comercial \$			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			Marca			Modelo		
Dirección:			Valor Comercial \$			Hipoteca: SI NO			Valor Comercial \$		
Saldo de la deuda \$			Banco:			Saldo de la deuda \$			Banco:		
PASIVOS (Obligaciones financieras que no sean de Coopcen Ltda)											
TIPO		SALDO DE LA DEUDA		ENTIDAD FINANCIERA				FECHA DE TERMINACIÓN		CUOTA	
Crédito de Consumo		\$									
Crédito Comercial		\$									
Crédito de Vivienda		\$									
Tarjeta de Crédito		\$									
¿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	País	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 de Identificación					Fecha de Nacimiento
	CC	TI	NUIP	RC	Otro	
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 Nacimiento
	CC	TI	NUIP	RC	Otro	
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 Nacimiento
	CC	TI	NUIP	RC	Otro	
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 Nacimiento
	CC	TI	NUIP	RC	Otro	
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 Nacimiento
	CC	TI	NUIP	RC	Otro	
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()

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.

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.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

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.

CONSULTA, REPORTE Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - CENTRALES DE RIESGO

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 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.

SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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).

CANALES DE COMUNICACIÓN

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.

FIRMA DEL SOLICITANTE

En constancia de haber diligenciado, leído, entendido y aceptado toda la información, autorizaciones y declaraciones del presente formato, firmo a continuación:

Firma_____

C.C. No.

HUELLA DEL SOLICITANTE

ESPACIO EXCLUSIVO PARA COOPCEN LTDA

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN	APROBACIÓN
Validado y verificado por:	Acta del Concejo de Administración No.
Fecha:	fecha de Aprobación:
Observaciones:	Observaciones:
Firma de quien valida	
Firma_____	

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL COOPCEN LTDA

C.C. No.

REQUISITOS

	Afiliación nueva asociado	Afiliación ex asociado
Edad entre los 18 hasta 64 años.	X	X
Formato de afiliación Persona natural debidamente diligenciado y firmado.	X	X
Fotocopia documento de identificación ampliada al 150 %	X	X
Certificado Laboral y/o ingresos (para asalariados especificar sueldo, cargo y tiempo).	X	X
Cuota afiliación 10% SMMLV por una sola vez.	X	X
Certificado curso básico economía solidaria 20 horas (plazo 3 meses para realizarlo).	X	X
Aportes estatutarios mensuales, dependen del nivel de ingresos del asociado.	X	X
Certificados de antecedentes Judiciales , Fiscales y Disciplinarios.	X	X