

INGRESO		REINGRESO		ACTUALIZACION DE DATOS		FECHA DILIGENCIAMIENTO	
INFORMACION PERSONAL							
Primer nombre:				Segundo nombre:			
Primer Apellido:				Segundo Apellido:			
Tipo de Identificación: C.C. C.E. PAS No:				Nacionalidad:			
				Fecha de expedición:			
				Lugar de expedición:			
Fecha de nacimiento:		Ciudad:		Departamento:		País:	
Género		Estado Civil					
M	F	OTRO	Soltero	Casado	Separado	Divorciado	Unión libre Viud@
Dirección de residencia: Vivienda: Propia Arrendada Familiar Hipotecada Otra? Cual:							
Departamento:		Municipio		Estrato socio económico: 1 2 3 4 5 6			
Zona: Rural Urbana		Teléfono celular:					
Correo electrónico Personal:				¿Autorizo envío de mensajes a mi correo electrónico? SI NO			
¿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		Número de Personas a cargo		Mujer Cabeza de Familia: SI NO			
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional		SI		Niños, niñas y adolescentes		Mayores de 60 años	
		NO		Persona con discapacidad		Víctima del conflicto armado	
				Pobreza extrema		Pueblos indígenas	
				Poblacion diversa/LGBTIQ+		Población Afrocolombiano	
				Otro Cual?			
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:					
NIVEL DE EDUCACIÓN							
Primaria		Bachillerato		Técnico O 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 (si es empleado)							
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:				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 Economica Principal:		Cultivar, Cosechar , Criar			Fabricar, Manufactura, Transformar		
		Suministrar o Prestar Servicios			Explotar, Extraer, Explorar El Subsuelo		
		Vender y/o Comprar			Construir		
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 Placa	
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			
Dirección:				Marca		Modelo Placa	
Valor Comercial \$							
Hipoteca: SI NO				Valor Comercial \$			
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	S								
Crédito Comercial	S								
Crédito de Vivienda	S								
Tarjeta de Crédito	S								
¿Declara Renta? 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							
					Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		
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							
					Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		
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							
					Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		
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							
					Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		
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	Lugar de Expedición
	CC	TI	NUIP	RC	Otro	
					Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
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 descuente 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, 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 del desarrollo de mi actividad económica principal."declaro que el origen de los recursos y demas activos proceden del giro ordinario 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		
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		
Aportes estatutarios mensuales, dependen del nivel de ingresos del asociado	X			X		

