

FORMATO DE AFILIACIÓN ASOCIADOS

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 nacimiento:				Fecha de expedición:			
Ciudad:				Lugar de expedición:			
Departamento:				País:			
Género M____ F____ OTRO____		Estado Civil 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	
Transportador		Rentista de Capital		Profesional Independiente		Desempleado	
Ganadero		Agricultor		Comerciante		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 ____ Otra forma de contratación			
Si su ocupación es Agricultor, comerciante, independiente, o ganadero por favor diligenciar la siguiente información.							
Actividad Economica Principal:		Cultivar, Cosechar , Criar		Fabricar, Manufactura, Transformar		Construir	
		Suministrar o Prestar Servicios		Exploitar, Extraer, Explorar El Subsuelo			
		Vender y/o Comprar					
Ciiu:				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:				Banco:			
INMUEBLE 2				VEHÍCULO 2			
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:				Banco:			

PASIVOS									
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									
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 Públicamente)									
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	NUJP	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:		Púbicamente 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, que corresponda a cada periodo 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 demás 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_____					HUELLA DEL SOLICITANTE		
C.C. No.							
Lista de chequeo requisitos para afiliación Persona Natural							
	CUMPLE		NO CUMPLE		NO APLICA		
Formulario de afiliación							
Fotocopia documento de identificación ampliada al 150 %							
Si es persona natural con vinculación laboral o civil vigente, jubilación, pensión o situación pensional, presentar certificación de la empresa que indique clase de vinculación laboral o prestación de servicios, valor salario, honorarios, pensión o sustitución pensional anexo último desprendible de pago							
Si es trabajador independiente presentar documentos que demuestren ingresos periódicos estables, avalados mediante certificación de contador público, anexo fotocopia tarjeta profesional vigente							
Autorización consultas Centrales de Riesgo							
Aviso de Privacidad (Protección y Tratamiento de Datos Personales)							
Consulta listas vinculantes (SARLAFT)							
Validación de identidad							

San Juan de Pasto, a los _____ del mes de _____ del año _____ Acta No._____

Revisado por:

FERNANDO BERNAL BASTIDAS

Gerente Coopcen