

FECHA RADICACIÓN			No.
DÍA	MES	AÑO	

ADMISIÓN	ACTUALIZACIÓN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sello Recibido

<b>Tipo Afiliación:</b> Nueva <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/>	<b>Forma de pago:</b> Nómina <input type="checkbox"/> Ventanilla <input type="checkbox"/>	Porcentaje mensual a aportar _____% \$
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

<b>DATOS PERSONALES SOLICITANTE</b>	No. de identificación	Fecha y lugar de expedición		Género	Fecha y lugar de nacimiento		Edad		
		DÍA	MES	AÑO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AÑO	
	1er. Nombre	2do. Nombre		1er. Apellido		2do. Apellido			
	Estado civil	Profesión u oficio		Nivel de Estudios					
				Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/>					
	Actividad económica principal						Código CIU		

<b>DIRECCIÓN DE RESIDENCIA</b>	Dirección residencia			Ciudad
	Localidad	Barrio	Tipo de vivienda	
			Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/>	
	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	

<b>INFORMACIÓN LABORAL</b>	Empresa	Cargo	Ciudad	
	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	Barrio
	Dirección lugar de trabajo			Localidad
	Tipo de contrato			Fecha de ingreso
	Fecha vencimiento			Integral?

<b>INFORMACIÓN COMERCIAL</b>	Nombre banco	Tipo de cuenta
	No. de cuenta	Titular

INGRESOS		EGRESOS	
Total ingresos por nómina	\$	Deducciones de nómina	\$
Sueldo básico o mesada pensional	\$	Cuota vivienda o arrendamientos	\$
Otros ingresos	\$	Otros gastos	\$
Total ingresos	\$	Total egresos	\$
Total activos	\$	Concepto otros ingresos _____	
Total pasivos	\$	_____	

<b>PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA PEP</b>	Por su cargo o actividad maneja recursos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Por su cargo o actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA</b>	Realiza operaciones en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Posee cuentas en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. de cuenta _____
	Cuales? _____	Banco _____	Moneda _____ Ciudad _____ Pais _____

<b>REFERENCIAS</b>	Vínculo	Nombre	Dirección	Ciudad	Teléfono
	Personal				
	Familiar				

<b>VEHÍCULO</b>	Descripción	Valor comercial	Saldo	Valor cuota	Entidad

<b>INMUEBLE</b>	Dirección / Matrícula	Valor comercial	Saldo	Valor cuota	Entidad

BENEFICIARIOS	No. de identificación	Nombre	% aportes/Benefic.	Nivel Estudio	Género	Fecha nacimiento			Parentesco	Estado civil
					M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AÑO		
					M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AÑO		
					M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AÑO		
					M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AÑO		
					M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AÑO		
					M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AÑO		

Documentos Anexos beneficiarios: Registro Civil (hijos) • Partida de matrimonio o extrajuicio (Conyugues) • Copia documento de identidad (Todos)

### AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN PERSONAL

Yo \_\_\_\_\_ en mi calidad de titular de la información, actuando libre y voluntariamente, manifiesto que conozco la política de tratamiento de datos de COOPMINCOM y en consecuencia autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a COOPMINCOM o a quien represente sus derechos para consultar, reportar, almacenar, actualizar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, complementar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera registrada a mi nombre, ante las entidades que mantienen convenios o acuerdos comerciales o de servicio con COOPMINCOM, para fines estadísticos de control, informativos, supervisión, de seguridad, pruebas de mercadeo, publicidad, actualización, procesos de cobranza propias o como codeudor, ofrecimiento de productos, bienes o servicios, verificación de mi información, o de cualquier otra índole, así como el envío de mensajes a los números y/o datos por mí registrados como son mi terminal móvil de telecomunicaciones, a través de correo electrónico, o la dirección de correspondencia, de conformidad con lo establecido en la ley vigente de protección de datos personales. De igual forma autorizo a COOPMINCOM a consultar, solicitar, suministrar, reportar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios, a las centrales de riesgo o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. Soy consciente que quienes se encuentran afiliados y/o tengan acceso a las centrales de riesgos podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable y que de conformidad con el artículo 11 del Decreto 1377 de 2013 mis datos deberán ser conservados en cumplimiento de obligaciones legales o contractuales.

Obrando en mi propio nombre, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí diligenciado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos y bienes, en cumplimiento a las Circulares No. 006 de 2014 y No. 007 de 2008 expedidas por la Superintendencia de Economía Solidaria y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de productos, en especial operaciones en efectivo.

Declaro que mis activos, ingresos y demás recursos que poseo, entrego y entregaré en depósito, bien sea en cheque, especie o en efectivo para cancelar mis aportes, obligaciones o servir de garantía, provienen de las siguientes actividades y/o fuentes: \_\_\_\_\_

Por lo anterior, declaro que mis activos, ingresos y demás recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique, adicione o sustituya; así mismo, no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas o cancelen obligaciones a mi nombre, con fondos provenientes de actividades ilícitas o aparentemente lícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Doy fe que destinaré los recursos provenientes de cualquier financiación con esta cooperativa a los fines específicos para los que hayan sido concedidos y en ningún caso para la realización de actividades ilícitas.

Autorizo voluntariamente a Coopmincom para el envío de mensajes de texto y correos electrónicos cuando lo considere conveniente relacionados con información general y obligaciones que poseo con la cooperativa al número de celular y correo electrónico registrado en este formulario. SI  NO

- Me obligo con COOPMINCOM a pagar por una sola vez el 4% del S.M.L.V., suma que no será reembolsada.
- Me comprometo a cumplir los deberes y demás puntos que estatutariamente estén contemplados, así como las normas y reglamentos que regulan los servicios ofrecidos por la cooperativa.
- Bajo gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación asociativa con COOPMINCOM entidad cooperativa o quien represente sus derechos.
- En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo contenido en la presente solicitud, firmo este documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma del solicitante



Documento de identidad

Huella

ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA	REVISADO:		ANEXOS A LA SOLICITUD DE ADMISIÓN			
	FIRMA		<input type="checkbox"/> Solicitud de afiliación	<input type="checkbox"/> Certificación de contador (fotocopia cédula, fotocopia tarjeta profesional, certificado antecedentes judiciales del contador independiente)		
	FECHA		<input type="checkbox"/> Certificado de parentesco	<input type="checkbox"/> Última planilla pago de salud- EPS		
	DÍA	MES	<input type="checkbox"/> Fotocopia de la cédula	<input type="checkbox"/> Certificación EPS		
	AÑO		<input type="checkbox"/> Registro civil	<input type="checkbox"/> Registro civil beneficiarios		
			<input type="checkbox"/> Certificación laboral	<input type="checkbox"/> Documento identidad beneficiarios		
			<input type="checkbox"/> Último desprendible de nómina	<input type="checkbox"/> Carta de responsabilidad aportes		
			<input type="checkbox"/> Resolución de pensión			
	ESTUDIO CIFIN		Observaciones: _____		SOLICITUD CERTIFICACIONES - REINGRESO	
	FIRMA		FECHA		FIRMA	
		DÍA		FECHA		
		MES		DÍA		
		AÑO		MES		
				AÑO		
OFICIAL DE CUMPLIMIENTO:						
Observaciones: _____						
FIRMA						
FECHA						
DÍA						
MES						
AÑO						
ENTREGA DOCUMENTOS AL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN			CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN			
FIRMA RECIBIDO			APROBADO <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/>			
FECHA			Observaciones: _____			
DÍA	MES	AÑO	FIRMA			
HORA						
ENTREGA CARTAS FIRMADAS POR EL SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN			FECHA			
FIRMA RECIBIDO			ACTA No.			
FECHA			DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO				
HORA						