



FECHA RADICACIÓN

DÍA

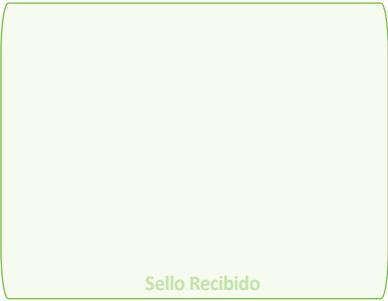
MES

AÑO

No.

ADMISIÓN

ACTUALIZACIÓN



Tipo Afiliación:

Nueva☐Reingreso☐

Forma de pago:

Nómina☐Ventanilla☐

Porcentaje mensual a aportar

____%

\$

DATOS PERSONALES SOLICITANTE

No. de identificación

Fecha y lugar de expedición

Género

Fecha y lugar de nacimiento

Edad

1er. Nombre

2do. Nombre

1er. Apellido

2do. Apellido

Estado civil

Profesión u oficio

Nivel de Estudios

Actividad económica principal

Código CIIU

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Dirección residencia

Ciudad

Localidad

Barrio

Tipo de vivienda

Estrato

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Correo electrónico

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa

Cargo

Ciudad

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Correo electrónico

Barrio

Dirección lugar de trabajo

Localidad

Tipo de contrato

Fecha de ingreso

Fecha vencimiento

Integral?

Envío de Correspondencia

INFORMACIÓN COMERCIAL

Nombre banco

Tipo de cuenta

No. de cuenta

Titular

INGRESOS Y GASTOS MENSUALES

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

\$

PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA PEP

Por su cargo o actividad maneja recursos

SI☐NO☐

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público

SI☐NO☐

Por su cargo o actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general

SI☐NO☐

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera

SI☐NO☐

Posee cuentas en moneda extranjera

SI☐NO☐

No. de cuenta

Cuales?

Banco

Moneda

Ciudad

Pais

REFERENCIAS

Vínculo

Nombre

Dirección

Ciudad

Teléfono

Personal

Familiar

VEHÍCULO

Descripción

Valor comercial

Saldo

Valor cuota

Entidad

INMUEBLE

Dirección / Matrícula

Valor comercial

Saldo

Valor cuota

Entidad

BENEFICIARIOS

No. de identificación	Nombre	% aportes/Benefic.	Nivel Estudio	Género	Fecha nacimiento			Parentesco	Estado civil
				M ☐ F ☐	DÍA	MES	AÑO		
				M ☐ F ☐	DÍA	MES	AÑO		
				M ☐ F ☐	DÍA	MES	AÑO		
				M ☐ F ☐	DÍA	MES	AÑO		
				M ☐ F ☐	DÍA	MES	AÑO		
				M ☐ F ☐	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 electronicos cuando lo considere conveniente relacionados con información general y obligaciones que poseo con la cooperativa al numero de celular y correo electronico registrado en este formulario. SI☐ NO☐

1.

Me obligo con COOPMINCOM a pagar por una sola vez el 4% del S.M.L.V., suma que no será reembolsada.
2.

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.
3.

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.
4.

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:

FIRMA

FECHA

DÍA

MES

AÑO

☐ Solicitud de afiliación

☐ Certificado de parentesco

☐ Fotocopia de la cédula

☐ Registro civil

☐ Certificación laboral

☐ Último desprendible de nómina

☐ Resolución de pensión

ANEXOS A LA SOLICITUD DE ADMISIÓN

☐ Certificación de contador (fotocopia cédula, fotocopia tarjeta profesional, certificado antecedentes judiciales del contador independiente)

☐ Última planilla pago de salud- EPS

☐ Certificación EPS

☐ Registro civil beneficiarios

☐ Documento identidad beneficiarios

☐ Carta de responsabilidad aportes

ESTUDIO CIFI

Observaciones: _____

FIRMA

FECHA

DÍA

MES

AÑO

SOLICITUD CERTIFICACIONES - REINGRESO

FIRMA

FECHA

DÍA

MES

AÑO

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO:

Observaciones: _____

FIRMA

FECHA

DÍA

MES

AÑO

ENTREGA DOCUMENTOS AL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

FIRMA RECIBIDO

FECHA

DÍA

MES

AÑO

HORA

ENTREGA CARTAS FIRMADAS POR EL SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN

FIRMA RECIBIDO

FECHA

DÍA

MES

AÑO

HORA

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

APROBADO☐

NEGADO☐

Observaciones: _____

FIRMA

FECHA

DÍA

MES

AÑO

ACTA No.