



FORMULARIO DE ASOCIACIÓN



Número de Asociado

Código: F004
Versión: 3
Fecha: 2025

Fecha de diligenciamiento

DD

MM

AA

Asociación

Reingreso

Actualización de datos

DATOS ASOCIADO PRINCIPAL -PADRE, TUTOR, ACUDIENTE

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____
 Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
 Tipo de documento: CC TI RC CE PAS Otro Fecha de expedición: DD MM AA
 No. Documento _____ Lugar de expedición: _____
 Fecha de nacimiento: DD MM AA Ciudad: _____ Nacionalidad: _____ Género M F
 Estado civil actual: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
 Ocupación: _____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____
 Número de hijos: _____ Personas a cargo: _____ Dirección domicilio: _____
 Ciudad domicilio: _____ Barrio: _____ Correo-e: _____ Mujer cabeza de familia: SI NO
 Dirección envío correspondencia: _____ Igual al domicilio: Otra: _____
 Tipo de vivienda: Familiar Propia Arrendada Estrato: _____
 EPS _____ Grupo sanguíneo _____ Factor RH _____
 Fondo de Cesantías: _____ Administrador de fondo de pensiones -AFP- _____
 ¿Administra recursos públicos? SI NO Es una PEP (persona expuesta públicamente): SI NO

FORMACIÓN ACADÉMICA ASOCIADO PRINCIPAL -PADRE, TUTOR, ACUDIENTE

Primaria Bachillerato Técnico Tecnológico Universitario
 Profesión: _____ Posgrado Maestría Doctorado

DATOS ASOCIADO AHORRAKIDS - MENOR DE EDAD

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____
 Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
 Tipo de documento: T.I. NUIP RC No. Documento _____ Fecha de nacimiento: DD MM AA Edad: _____
 Parentesco: _____ Género: Masculino Femenino
 Nivel de escolaridad: Pre-escolar Primaria Secundaria Universitario

ACTIVIDAD ECONÓMICA ASOCIADO PRINCIPAL -PADRE, TUTOR, ACUDIENTE

Ocupación: _____ Empleado Independiente Estudiante Hogar Cesante Pensionado
 Actividad económica principal _____ Código CIU _____ Empresa actual _____
 Dirección de la empresa _____ Ciudad: _____
 Teléfono de la empresa _____ Tipo de contrato: Indefinido Fijo Servicios
 Cargo _____ Fecha de ingreso: DD MM AA
 Jornada laboral: Tiempo total Tiempo parcial ¿Salario integral? SI NO
 Personal de planta Si No Aprendiz/practicante Si No Porcentaje ARL _____ %
 Nombre de la empresa o nombre bajo el cual desarrolla la actividad económica _____

INFORMACIÓN FINANCIERA ASOCIADO PRINCIPAL -PADRE, TUTOR, ACUDIENTE

Ingresos mensuales		Egresos mensuales		Relación de bienes de su propiedad		
Salario principal	\$	Arriendo/Cuota vivienda	\$	Descripción del bien:	_____	
Comisiones	\$	Gastos de sostenimiento	\$	Fecha de compra:	dd mm año	
Otros ingresos	\$	Otros egresos	\$	Placa/número de matrícula	_____	
Total ingresos	\$	Total egresos	\$	Descripción del bien:	_____	
				Fecha de compra:	dd mm año	
				Placa/número de matrícula	_____	
Activos y pasivos				Detalle de otros pasivos:		
Valor total de activos \$	_____			Entidad o persona natural	Valor deuda (\$)	Cuota mensual (\$)
Valor total de pasivos \$	_____					
Valor patrimonio (Activos - pasivos) \$	_____					

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA ASOCIADO PRINCIPAL -PADRE, TUTOR, ACUDIENTE

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI NO
 Tipo de moneda _____ Tipo de operación _____ Tipo de operación _____
 Tipo de producto _____ Banco _____ No. Cuenta _____ Monto \$ _____
 País _____ Ciudad _____

DETERMINACIÓN DE APORTES ASOCIADO AHORRAKIDS - MENOR DE EDAD

Aporte mensual \$ _____ Inicia desde MM AAAA _____
 Forma de pago: Ventanilla PSE Débito Automático Desc. nómina (sólo para empleados iglesia) Otro ¿Cuál? _____
 En el caso de seleccionar Débito automático, prefiere hacer el descuento en la: 1ra quincena (día 15) 2da quincena (día 30)
 En el caso haber elegido Ventanilla o PSE debe hacer el pago entre el 1 al 15 de cada mes

INFORMACIÓN BANCARIA ASOCIADO PRINCIPAL -PADRE, TUTOR, ACUDIENTE

Banco _____ No. Cuenta _____
 Tipo de cuenta: Ahorros Corriente Nombre de titular _____

REFERENCIA FAMILIAR Y PERSONAL ASOCIADO PRINCIPAL -PADRE, TUTOR, ACUDIENTE

Referencia Familiar	Nombre y apellidos	Parentesco
	Ciudad	Teléfono
		Dirección
Referencia Personal	Nombre y apellidos	Parentesco
	Ciudad	Teléfono
		Dirección

BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONÓMICOS ASOCIADO AHORRAKIDS - MENOR DE EDAD

Nombres y Apellidos	Doc. De Identidad	Parentesco	% Participación	Fecha de nacimiento	Correo electrónico	Teléfono celular

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE NÓMINA (sólo empleados de ELSP)

De ser Aceptada la presente solicitud de asociación autorizo al pagador depara que descuente periódicamente de mi salario honorarios o derechos económicos que resulten a mi favor y transfiera a la Cooperativa Su Presencia las sumas correspondientes a los aportes sociales ordinarios o extraordinarios, previsión social; el cual se pagará como aporte adicional al aporte mensual y demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vínculo de asociación aquí surgido. Mis cesantías, prestaciones sociales, sueldos, bonificaciones indemnizaciones, y/o comisiones, así como cualquier otro derecho económico que resultare a mi favor, garantizan cualquier saldo a mi cargo y a favor de la Cooperativa en caso de retiro de la empresa pagadora. Esta autorización tendrá vigencia hasta la terminación del vínculo asociativo. Es entendido que en el evento de no verificarse el descuento acá autorizado, me obligo a realizar oportunamente los pagos de dichos aportes en sus oficinas o mediante consignación en la cuenta y entidad que se indique. Para los efectos anteriores declaro que me comprometo a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias de la Cooperativa, los cuales declaro conocer, así como los mandatos de sus órganos de administración y vigilancia. Cuota de asociación, valor 8% de un SMLV. Se cobrará una sola vez y no será reintegrada en el momento del retiro.

Cuota de asociación	Valor \$	EXENTO	Fondo mutual de solidaridad social: Equivalente al 1% del valor del aporte mensual y se pagará como valor adicional al aporte mensual \$
----------------------------	----------	---------------	--

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Autorización de consultores a centrales de riesgo:

En mi (nuestra) calidad de titular(es), de información, actuando libre y voluntariamente, autoriza(mos) de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa Su Presencia, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi(nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes en el momento del reporte o consulta. Esta autorización no se limita a la obligación que surja como consecuencia de la aprobación y desembolso del crédito ahora solicitado, sino cubre todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervenga(mos) como deudor(es) de la Cooperativa Su Presencia o a quienes represente sus derechos. A si mismo autoriza(mos) a la central de riesgo a que en su calidad de operador, pongan mi (nuestra) información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley siempre y cuando su objetivo sea similar al aquí establecido. Declaro(amos) que conozco(cemos) el estatuto y el reglamento de servicio de Credito de la Cooperativa Su Presencia y me(nos) comprometo(emos) a cumplir sus normas.

Habeas Data Ley 1266 de 2008

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Los datos personales que le solicitamos tienen como finalidad: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios, alianzas, estudios, para facilitarle el acceso general a la información de éstos; 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes y proveedores; 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos. 4. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer sus necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. Le informamos que, de conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente y en el Decreto 1377 de 2013, los datos de carácter personal que se obtengan serán recogidos en una base de datos, la cual cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, a la Cooperativa Su Presencia a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales que han sido suministrados para el desarrollo del objeto social de la entidad y para cumplir las finalidades mencionadas. Para ejercer sus derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre sus datos personales, deberá registrar su solicitud en nuestro correo electrónico: info@supresenciacooperativa.com.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada de mi asociación a la Cooperativa Su Presencia, sea cumplida, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual: 1. i) Para mi vinculación como asociado y/o beneficiario, para el control, reporte y prevención de fraude. ii) Para el análisis, liquidación y créditos con la cooperativa y para garantizar la seguridad de estos. iii) Para la elaboración de los estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de mercadeo y necesidades varias, para el cumplimiento de las políticas de CELSP. iv) Para compartir la información con las personas que actúen en nombre de SU PRESENCIA COOPERATIVA, tales como asesores y consultores.

2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por CELSP.

3. Para el envío de información comercial y ofertas/ cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados, y para ofrecerme otros productos y servicios de la Cooperativa Su Presencia.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a la COOPERATIVA SU PRESENCIA "CELSP", para que con fines estadísticos, de análisis de riesgo, control, supervisión y de información comercial, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria doy certeza que todo lo aquí consignado es cierto. Así mismo, realizo la siguiente declaración de origen de fondos, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en las normas legales vigentes. 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:

- Laborales
 Por honorarios o prestación de servicios
 Por herencias o donaciones
 Por realización de activos
 Por actividad económica desarrollada
 Por rentas recibidas
 Otros

Cuáles _____

2. Autorizo a la Cooperativa para tomar las medidas necesarias, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este documento, eximiendo a la Cooperativa de toda responsabilidad que se derive de ello. 3. Declaro que los recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de conformidad con la normativa vigente y son de mi exclusiva propiedad. En consecuencia soy el único titular de dichos recursos. 4. Me obligo con la Cooperativa a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente documento, para lo cual me comprometo a actualizar la información por lo menos una vez al año, de acuerdo con los procedimientos establecidos para tal fin. 5. Finalmente, me comprometo a no destinar recurso alguno a la financiación del terrorismo ni al Lavado de Activos.

AUTORIZACIÓN ENVÍO DE COMUNICACIONES

Autorizo envío de comunicaciones por: Correo electrónico: Llamada telefónica: Mensaje de texto: WhatsApp:

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES

1. Diligencie el formulario de asociación en original, letra clara y sin enmendaduras.

2. Adjuntar copia del documento de identificación

3. Si es empleado , adjuntar último desprendible de nómina o certificación laboral

4. Si es independiente, adjuntar último certificado de ingresos y retenciones

ARTICULO 13. Adquisición de la calidad de asociado

Parágrafo. Se considera que un asociado nuevo o recién vinculado a la Cooperativa se encuentra inscrito en el registro social cuando haya pagado por lo menos el primer aporte social y la cuota de admisión. En caso de que dicha persona no cumpla con esta obligación dentro de los dos (2) meses siguientes a la aceptación de su solicitud se procederá con su retiro automático.

Artículo 23. Numeral 7. Por incumplimiento sistemático de las obligaciones económicas contraídas con la Cooperativa o por mora mayor a noventa (90) días en el pago de sus obligaciones, sin que el asociado respectivo la justifique satisfactoriamente al ser requerido por el Gerente con tal fin.

REGISTRO DE FIRMAS

"Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento".

Huella dactilar

Huella dactilar

FIRMA AHORRADOR KIDS

FIRMA ADULTO RESPONSABLE

Campo exclusivo para la Cooperativa Su Presencia

Revisado	Reingreso	Asesor:	Firma:
Aprobado por:	_____	_____	_____
Para el reingreso:	Retiro voluntario	Exclusión	Año _____ No. Acta _____
Cuota de asociación \$	_____	_____	No. Comprobante de pago _____
Observaciones	_____	_____	VoBo. Oficial de cumplimiento _____ Fecha: _____