



FORMULARIO DE ASOCIACIÓN

Número de Asociado

Código: F001
Versión: 12
Fecha: Enero/2022

Fecha de diligenciamiento

DD

MM

AA

 Asociación Reingreso Actualización de datos

DATOS PERSONALES

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: _____ Ciudad de expedición: _____
 Fecha de nacimiento: DD MM AA Ciudad: _____ Nacionalidad: _____ Género M F
 Estado civil actual: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
 Correo electrónico: _____
 Ocupación: _____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____
 Número de hijos: _____ Personas a cargo: _____ Dirección domicilio: _____
 Ciudad domicilio: _____ Barrio: _____ Mujer cabeza de familia: Si No
 Dirección envío correspondencia: _____ Misma que la dirección de domicilio Otra: _____
 Tipo de vivienda: Familiar Propia Arrendada Estrato: _____
 EPS _____ Grupo sanguíneo _____ Factor RH _____
 Fondo de Cesantías: _____ Administrador de fondo de pensiones -AFP- _____

FORMACIÓN ACADÉMICA

Primaria Bachillerato Técnico Tecnológico Universidad Especialización
 Maestría Doctorado Postgrado Profesión: _____

PROCESO IGLESIA

Servicio: Ministerio: _____ Coordinador: Red: _____
 Líder: Nombre del líder: _____ Trabaja en la iglesia: Si No
 Red: _____ Asiste a grupo de conexión: Si No

ACTIVIDAD ECONÓMICA

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

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

¿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

Aporte mensual \$ _____ Porcentaje de equivalencia de los ingresos _____ % Inicia desde MM AAAA
 Forma de pago: Ventanilla PSE Débito Automático Desc. nómina (sólo para empleados iglesia) Otro ¿Cuál? _____
 En el caso de seleccionar Desc. Nómina, prefiere hacer el descuento: En dos (2) quincenas 1ra quincena (día 15) 2da quincena (día 30)
 En el caso de las otras opciones de forma de pago, prefiere hacer el pago el: 1er día hábil del mes Día 15 de cada mes

INFORMACIÓN BANCARIA

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

REFERENCIA FAMILIAR Y PERSONAL

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

BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONÓMICOS

Nombres y Apellidos	Doc. Identidad	Parentesco	% Participación	Fecha de Nacimiento	Correo electrónico	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	Ingreso mensual 0-2 SMMLV <input type="checkbox"/>	\$72.000	Fondo Mutal de Asistencia y Solidaridad: Equivalente al 3% del valor del aporte mensual, el cual se pagara como valor adicional al aporte mensual.
	Ingreso mensual 2-4 SMMLV <input type="checkbox"/>	\$86.000	
	Ingreso mensual > 4 SMMLV <input type="checkbox"/>	\$114.000	

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, 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 cobija 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.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Habeas Data Ley 1266 de 2008

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

1. 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 FIRMA

"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".

FIRMA ASOCIADO



Campo exclusivo para la Cooperativa Su Presencia

Revisado <input type="checkbox"/>	Reingreso <input type="checkbox"/>	Asesor: _____	Firma: _____			
Aprobado por: _____	No. Acta _____	Año _____ No. Acta _____	Fecha de ingreso <table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AA</td> </tr> </table>	DD	MM	AA
DD	MM	AA				
Para el reingreso: Retiro voluntario <input type="checkbox"/>	Exclusión <input type="checkbox"/>	No. Comprobante de pago _____				
Cuota de asociación \$ _____		VoBo. Oficial de cumplimiento _____				
Observaciones _____		Fecha: _____				