



FORMULARIO DE ASOCIACIÓN

Número de Asociado

Código: F001
Versión: 9
Fecha: Mayo/19

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|--------------------------|--|---|---|--|
| Fecha de diligenciamiento | | DD | MM | AA | <input type="radio"/> Asociación <input type="radio"/> Reingreso <input type="radio"/> Actualización de datos | | |
| DATOS PERSONALES | | | | | | | |
| Primer nombre: _____ | | | | Segundo nombre: _____ | | | |
| Primer apellido: _____ | | | | Segundo apellido: _____ | | | |
| Tipo de documento: | | CC | <input type="radio"/> | CE | <input type="radio"/> | Otro No. | <input type="radio"/> |
| ¿Otro tipo?: _____ | | Fecha de expedición: | | DD | MM | AA | |
| Fecha de nacimiento: | | DD | MM | AA | Ciudad: _____ | | Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> |
| Estado civil actual: | | Soltero | <input type="radio"/> | Casado | <input type="radio"/> | Divorciado | <input type="radio"/> |
| | | Viudo | <input type="radio"/> | Unión libre | <input type="radio"/> | | |
| Correo electrónico: _____ | | | | Teléfono fijo: _____ Celular: _____ | | | |
| Número de hijos: _____ | | Personas a cargo: _____ | | Dirección domicilio: _____ | | | |
| Ciudad domicilio: _____ | | Barrio: _____ | | Mujer cabeza de familia: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | | |
| Dirección envío correspondencia: _____ | | | | Misma que la dirección de domicilio | | <input type="radio"/> | |
| | | | | Otra: _____ | | | |
| Tipo de vivienda: | | Familiar | <input type="radio"/> | Propia | <input type="radio"/> | Arrendada | <input type="radio"/> |
| | | Estrato: _____ | | | | | |
| FORMACIÓN ACADÉMICA | | | | | | | |
| Primaria | <input type="radio"/> | Bachillerato | <input type="radio"/> | Técnico | <input type="radio"/> | Tecnológico | <input type="radio"/> |
| Universidad | <input type="radio"/> | Especialización | <input type="radio"/> | | | | |
| Maestría | <input type="radio"/> | Doctorado | <input type="radio"/> | Postgrado | <input type="radio"/> | Profesión: | _____ |
| PROCESO IGLESIA | | | | | | | |
| Servicio: | <input type="checkbox"/> | Ministerio: _____ | | Coordinador: | | <input type="checkbox"/> | Red: _____ |
| Líder: | <input type="checkbox"/> | Nombre del líder: _____ | | Trabaja en la iglesia: | | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| Red: _____ | Asiste a grupo de conexión: | | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> | | | |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | | | | | | | |
| Ocupación: _____ | | Empleado | <input type="radio"/> | Independiente | <input type="radio"/> | Estudiante | <input type="radio"/> |
| | | Hogar | <input type="radio"/> | Cesante | <input type="radio"/> | Pensionado | <input type="radio"/> |
| Actividad económica principal _____ | | | | Empresa actual _____ | | | |
| Dirección de la empresa _____ | | | | Ciudad _____ | | | |
| Teléfono de la empresa _____ | | Tipo de contrato: | | Indefinido | <input type="radio"/> | Fijo | <input type="radio"/> |
| | | | | Servicios | <input type="radio"/> | | |
| Cargo _____ | | Fecha de ingreso | | DD | MM | AA | Ingresos mensuales \$ _____ |
| Si su antigüedad es inferior a un año, indique la empresa anterior _____ | | | | | | | |
| Cargo _____ | | Teléfono _____ | | Tiempo laborado _____ | | | |
| Descripción actividad _____ | | | | Ingresos mensuales: _____ | | | |
| Nombre de la empresa o nombre bajo el cual desarrolla la actividad _____ | | | | | | | |
| Empresas a las que presta servicios _____ | | | | | | | |
| INFORMACIÓN FINANCIERA | | | | | | | |
| Ingresos mensuales | | Egresos mensuales | | Relación de bienes de su propiedad | | | |
| Salario principal | \$ _____ | Arriendo/Cuota vivienda | \$ _____ | Casa <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | | |
| Comisiones | \$ _____ | Gastos de sostenimiento | \$ _____ | ¿Cuál? _____ | | | |
| Otros ingresos | \$ _____ | Otros egresos | \$ _____ | Dirección _____ | | | |
| | | | | Ciudad _____ | | | |
| | | | | Vr. comercial _____ Vr. hipoteca _____ | | | |
| Total ingresos | \$ _____ | Total egresos | \$ _____ | Automóvil SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Vr. Comercial _____ | | | |
| | | | | Vr. Deuda automóvil _____ Vr. Otros activos _____ | | | |
| INFORMACIÓN DE VEHICULOS | | | | | | | |
| Tipo de Vehículo: | | Camioneta/Campero <input type="radio"/> | | Automovil/Moto <input type="radio"/> | | Otros pasivos: | |
| | | Pesado/Utilitario <input type="radio"/> | | | | Entidad o persona natural | |
| | | | | | | Valor deuda (\$) | |
| | | | | | | Cuota mensual (\$) | |
| Modelo: | Placa: | Marca: | Linea: | | | | |
| Modelo: | Placa: | Marca: | Linea: | | | | |
| Cilindraje | Servicio | | | | | | |
| Fecha de Vencimiento SOAT | | | | DD | MM | AA | |
| Se encuentra asegurado SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | | Desde | | DD | MM | AA | |
| Aseguradora | | Hasta | | DD | MM | AA | Patrimonio (Total activos - Total pasivos) |
| DETERMINACIÓN DE APORTES | | | | | | | |
| Aporte mensual \$ _____ | | Porcentaje de equivalencia de los ingresos _____ % | | Inicia desde MM AAAA | | | |
| Forma de pago: | | Ventanilla | <input type="radio"/> | PSE | <input type="radio"/> | Débito Automático | <input type="radio"/> |
| | | Desc. nómina (sólo para empleados iglesia) | <input type="radio"/> | Otro | <input type="radio"/> | | |
| | | ¿Cuál? _____ | | | | | |
| En el caso de seleccionar Desc. Nómina, prefiere hacer el descuento: | | | | En dos (2) quincenas <input type="radio"/> | | 1ra quincena (día 15) <input type="radio"/> | |
| | | | | | | 2da quincena (día 30) <input type="radio"/> | |
| En el caso de las otras opciones de forma de pago, prefiere hacer el pago el: | | | | 1er día hábil del mes <input type="radio"/> | | Día 15 de cada mes <input type="radio"/> | |
| INFORMACIÓN BANCARIA | | | | | | | |
| Banco _____ | | No. Cuenta _____ | | | | | |
| Tipo de cuenta: | | Ahorros | <input type="radio"/> | Corriente | <input type="radio"/> | 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 NOMINA (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 u extraordinarios,previsión social;el cual se pagara como aporte adicional al aporte mensual y demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vinculo 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 de 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 SMMLV. Se cobrará una sola vez y no será reintegrada en el momento del retiro.

| | | | |
|----------------------------|----------|---------------|---|
| Cuota de asociación | Valor \$ | 66.250 | Fondo mutual de solidaridad social: Equivalente al 3% del valor del aporte mensual y se pagara 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 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 el momento del reporte o consulta. Esta autorización no se limita a la autorización no se limita a la obligación que surja como consecuencia de la aprobación y desembolso del credito ahora solicitado, sino cobija todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervengan(mos) como deudor(es) de la Cooperativa Su Presencia o a quienes representes 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 terminos 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 CORRESPONDENCIA

| | | |
|---|---|--|
| ¿Autorizo a recibir correspondencia por correo electrónico? | ¿Autorizo a recibir correspondencia física en residencia? | ¿Autorizo a recibir mensajes de texto (en horario laboral) a mi teléfono celular |
| Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Oficina Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |

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