



FORMULARIO DE ASOCIACIÓN



Número de Asociado

Código: F004 Versión: 3 Fecha: Enero/2023

Fecha de diligenciamiento

Asociación Reingreso Actualización de datos

DATOS ASOCIADO PRINCIPAL -PADRE, TUTOR, ACUDIENTE-

Formulario for principal associate data including name, document type, date of birth, marital status, occupation, and address.

FORMACIÓN ACADÉMICA ASOCIADO PRINCIPAL

Form for academic formation including levels like Primaria, Bachillerato, Técnico, etc.

DATOS ASOCIADO AHORRAKIDS - MENOR DE EDAD -

Form for minor associate data including name, document type, date of birth, gender, and education level.

ACTIVIDAD ECONÓMICA ASOCIADO PRINCIPAL

Form for economic activity including occupation, company details, contract type, and salary information.

INFORMACIÓN FINANCIERA ASOCIADO PRINCIPAL

Table for financial information with columns for Ingresos mensuales, Egresos mensuales, Relación de bienes de su propiedad, and Activos y pasivos.

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA ASOCIADO PRINCIPAL

Form for foreign currency operations including type of operation, bank, and amount.

DETERMINACIÓN DE APORTES

Form for determining contributions including monthly amount, payment method, and frequency.

INFORMACIÓN BANCARIA ASOCIADO PRINCIPAL

Form for banking information including bank name, account type, and account number.

REFERENCIA FAMILIAR Y PERSONAL

Table for family and personal references with columns for Name, City, Phone, and Address.

BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONÓMICOS						
Nombres y Apellidos	Doc. De Identidad	Parentesco	% Participación	Fecha de nacimiento	Correo electrónico	Teléfono celular
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE NÓMINA (sólo empleados de ELSA)						
De ser Aceptada la presente solicitud de asociación autorizo al pagador de para que descuenta 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 facilitar 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 "CELSA", 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:						
<input type="radio"/> Laborales <input type="radio"/> Por honorarios o prestación de servicios <input type="radio"/> Por herencias o donaciones <input type="radio"/> Por realización de activos <input type="radio"/> Por actividad económica desarrollada <input type="radio"/> Por rentas recibidas <input type="radio"/> 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"/>	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 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 <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 _____		No. Comprobante de pago _____		
Cuota de asociación \$ _____	Observaciones _____		VoBo. Oficial de cumplimiento _____			
			Fecha: _____			