



# 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	_____	
<b>Total ingresos</b>	<b>\$</b>	<b>Total egresos</b>	<b>\$</b>	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 de .....para 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.

<b>Cuota de asociación</b>	Ingreso mensual 0-2 SMMLV	<input type="checkbox"/>	\$58,000	Fondo mutual de solidaridad social: Equivalente al 3% del valor del aporte mensual y se pagara como valor adicional al aporte mensual
	Ingreso mensual 0-2 SMMLV	<input type="checkbox"/>	\$69,600	
	Ingreso mensual > 4 SMMLV	<input type="checkbox"/>	\$92,800	

**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 sí 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 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**

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 CORRESPONDENCIA**

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