



Formato No. 001

COOPERATIVA TEXAS "COOPETEXAS"
VIGILA SUPERSOLIDARIA
INSCRITA A FOGACOO

FORMATO ÚNICO DE REGISTRO DE ASOCIADOS

INGRESO ACTUALIZACIÓN DE DATOS REINGRESO CONTINUIDAD

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de Identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>		Número: <input type="text"/>
Primer Nombre: <input type="text"/>		Segundo Nombre: <input type="text"/>
Primer Apellido: <input type="text"/>		Segundo Apellido: <input type="text"/>
Fecha de Nacimiento <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA	Lugar de Nacimiento <input type="text"/>	Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>

2. DIRECCIONES

RESIDENCIAL		
Dirección: <input type="text"/>	Ciudad: <input type="text"/>	
Barrio : <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>
Estrato: <input type="text"/>	Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>	
COMERCIAL		
Dirección: <input type="text"/>	Apartado Aéreo: <input type="text"/>	
Teléfonos: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>	Ciudad: <input type="text"/>

CORREO ELECTRÓNICO

3. GRUPO FAMILIAR (PADRES, HIJOS, CÓNYUGE)

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	Es asociado a Coopetexas	
				SI	NO
Tipo de documento: No.		<input type="text"/> a <input type="text"/> m <input type="text"/> d			
Tipo de documento: No.		<input type="text"/> a <input type="text"/> m <input type="text"/> d			
Tipo de documento: No.		<input type="text"/> a <input type="text"/> m <input type="text"/> d			
Tipo de documento: No.		<input type="text"/> a <input type="text"/> m <input type="text"/> d			

SI SU INGRESO ES POR FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO, DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS

Fecha de Fallecimiento: <input type="text"/>	Identificación: <input type="text"/>	Nombres y Apellidos: <input type="text"/>	Empresa: <input type="text"/>	Rol: <input type="text"/>
--	--------------------------------------	---	-------------------------------	---------------------------

EN CASO DE MI FALLECIMIENTO DESIGNO COMO BENEFICIARIOS DEL AUXILIO RESPECTIVO A:

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PARTICIPACIÓN %
Tipo de documento: No.			
Tipo de documento: No.			
Tipo de documento: No.			



Formato No. 001

4. INFORMACION ACADÉMICA

Nivel de Estudios:

Primaria: Secundaria Tecnológicos Universitario Especialización Profesión: _____

5. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa: _____ Actividad Económica- CIIU Principal Fecha de Ingreso:
Cargo: _____ Actividad Económica-CIIU Secundaria Salario y/o Ingreso Mensual (letras) _____
Tipo de Contrato: Término fijo: Indefinido: Valor en Números: \$ _____

Rol:

CHEVRON

MANSAROVAR

OTRA EMPRESA

ROL DIARIO

ROL DIARIO

PENSIONADO

EXTRABAJADOR

ROL MENSUAL

ROL MENSUAL

COLPENSIONES

COOPETEXAS

PENSIONADO

PENSIONADO

FONDO

CUAL? _____

APORTE MENSUAL A COOPETEXAS

(Letras y números)

\$ _____

6. INFORMACIÓN ADICIONAL

Ingreso mensual: \$ Egreso mensual: \$ Activos: \$
Pasivos: \$
Realiza operaciones en moneda extranjera: Si: No:

7. PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si: No: ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si: No:
¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general? Si: No:
Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa por favor especifique _____
¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con las características anteriores? Si: No:
Si su respuesta es Si, por favor especifique nombre completo _____

8. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Cooperativa Texas - COOPETEXAS. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Cooperativa, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de esta relación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
Origen: _____

9. CUBRIMIENTO EN SALUD

PÓLIZA MÉDICA SI _____ NO _____ MEDICINA PREPAGADA SI _____ NO _____ CUAL _____ EPS ACTUAL _____

10. POR QUÉ MEDIO AUTORIZA EL ENVÍO DE SU CORRESPONDENCIA

Físico

Electrónico

NOTA: Esta información es de carácter obligatorio para todos los Asociados, y debe ser diligenciada en su totalidad para dar cumplimiento a lo dispuesto por la Superintendencia de la Economía Solidaria en su Circular Básica Jurídica No. 007/2008; que hace referencia a los mecanismos de Prevención y Control de Lavado de Activos. De igual forma aclaramos que los datos aquí suministrados gozan de absoluta reserva y confidencialidad.



Formato No. 001

11. CLÁUSULAS DE AUTORIZACIÓN

1. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Con el diligenciamiento de los datos solicitados en este formulario, autorizo expresamente a la COOPERATIVA TEXAS, para dar tratamiento a mis datos personales, lo que consiste en el almacenamiento, análisis, envío de información, gestión documental, digitalización, actualización y modificación atendiendo a las siguientes finalidades: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, ofertas, promociones, alianzas, estudios, concursos y contenidos de COOPETEXAS. 2. Proveer nuestros servicios y productos. 3. Informar sobre nuevos productos o servicios que estén relacionados con el o los contratado(s) o adquirido(s). 4. Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con usted y con nuestros demás asociados, proveedores, y empleados. 5. Informar sobre cambios de nuestros productos o servicios. 6. Evaluar la calidad del servicio. 7. Realizar estudios internos sobre hábitos de consumo.

Como Titular de la información, manifiesto también que he sido informado previamente a la entrega de esta autorización, sobre las condiciones del tratamiento y alcance del mismo, así como sobre las políticas de protección de datos personales de COOPETEXAS y el sitio donde puedo acceder a éstas, en su página web.

2. AUTORIZACIÓN DE CONSULTORES Y REPORTES A CENTRALES DE RIESGO

En mi(nuestra) calidad de titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa Texas, 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 al momento del reporte o consulta. Esta autorización cubre todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervengan (amos) como deudor (res) de la Cooperativa Texas o a quien represente sus derechos. A si mismo autorizo (amos) 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.

3. AUTORIZACIÓN, CONDICIONES Y COMPROMISOS

Al solicitar la afiliación a la Cooperativa Texas, me comprometo a aceptar el estatuto, los reglamentos y disposiciones en general de la entidad. Autorizo a Coopetexas a desvincularme de los convenios de seguros, celulares, medicina prepagada, etc., en caso de presentar mora en mis obligaciones con la Cooperativa.

12. INFORMACIÓN ADICIONAL

Es usted hijo de un Asociado a Coopetexas

Si: No:

En caso afirmativo indique el Nombre del Asociado _____

13. FIRMA Y HUELLA

NOTA: Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado a la Cooperativa Texas es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año, en la ciudad de _____.

Nombre del Solicitante: _____ Firma: _____

Fecha de Diligenciamiento: _____ CC: _____

Huella índice
Derecho

Fecha de Radicación

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOLICITUD DE INGRESO:

1. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del solicitante
2. Fotocopia del registro civil de los beneficiarios con una vigencia no mayor a 90 días.
3. Partida de matrimonio o declaración de convivencia con una vigencia no mayor a 90 días.
4. Pagaré, libranza y carta de instrucciones con firma y huella.



Formato No. 001

INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Lugar de la entrevista:

Fecha de la entrevista:

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Hora:

Resultado:

Aceptado:

Rechazado:

Observaciones:

Fecha de la verificación de la información:

MM	DD	AÑO	Hora:	
----	----	-----	-------	--

Observaciones:

Nombre de asesor responsable:

Firma asesor responsable:

CC:

Se presentaron inconsistencias en la información verificada:

Si:

No:

Nombre de quien verifica la información:

Firma de quien verifica la información:

CC:

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SER DILIGENCIADO POR COOPETEXAS

Aprobado

 SI NO

Fecha

A	A	A	A
---	---	---	---

M	M
---	---

D	D
---	---

Acta No

--	--	--	--

Firma Gerencia
