



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

No. DD MM AAAA

A DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:						Nacionalidad													
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/>		Lugar y fecha de expedición:				Lugar y fecha de Nacimiento:				Genero:									
No.:		Día		Mes		Año		Día		Mes		Año		Femenino <input type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	
Estado Civil: Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>		Tipo de vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		# Personas a cargo:		E-mail Personal:				Celular:									
Dirección Residencia: (Barrio, Nombre del Conjunto, Torre, Int, Apto, etc.)								Ciudad				Departamento:							
Vehículo propio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Profesión / Oficio:		Estrato:		¿Es Usted una persona públicamente expuesta? (PEP)* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				¿Administra recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									

*Son los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, por ejemplo, jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.

B PERTENECE A UN GRUPO DE PROTECCIÓN ESPECIAL

Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ¿Pertenece al grupo de personas con discapacidad física?		<input type="checkbox"/> ¿Persona en condición de pobreza extrema?		<input type="checkbox"/> ¿Pertenece al grupo de protección especial constitucional (Niños, Niñas, Adolescentes)?			
		<input type="checkbox"/> ¿Pertenece al grupo de población afro?		<input type="checkbox"/> ¿Persona víctima del conflicto armado?					
		<input type="checkbox"/> ¿Pertenece al grupo de población diversa LGBTQI+?		<input type="checkbox"/> ¿Pertenece al grupo de población indígena?					

C INFORMACIÓN LABORAL

Ocupación Actual: Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		Empresa donde Labora:				Dirección de la Empresa:					
Tipo de actividad económica para independientes				CIU		Ciudad / municipio		Departamento:		Teléfono		Fecha de Ingreso o antigüedad en la actividad DD MM AAAA			
Cargo Actual:						Tipo de Contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____									
INGRESOS MENSUALES - ACTIVIDAD PRINCIPAL						EGRESOS MENSUALES - ACTIVIDAD PRINCIPAL									
Sueldo y/o Pensión _____						Arriendo o cuota de vivienda _____									
Honorarios, comisiones, etc. _____						Gastos personales / familiares _____									
Otros ingresos comprobables _____						Cuotas de créditos _____									
TOTAL INGRESOS _____						TOTAL EGRESOS _____									

D INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos \$ _____		Total Pasivos \$ _____		Total Patrimonio \$ _____	
------------------------	--	------------------------	--	---------------------------	--

E REFERENCIAS

Referencia Familiar: Nombres y Apellidos		Dirección:		Teléfono:	
Referencia Personal: Nombres y Apellidos		Dirección:		Teléfono:	

F BENEFICIARIO DE LOS APORTES

No. de Identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Beneficiario		%
				Día	Mes	Año	Sí	No	
R.C. <input type="checkbox"/> Nuip <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>									
N°									
R.C. <input type="checkbox"/> Nuip <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>									
N°									
R.C. <input type="checkbox"/> Nuip <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>									
N°									

Declaro que es mi voluntad y de acuerdo con lo dispuesto por la ley y el estatuto de COEMPOPULAR, que en caso de fallecimiento, el total de mis aportes sociales, auxilios y seguros que en este momento tenga en COEMPOPULAR sean entregados a mis beneficiarios en los porcentajes por mí establecidos. **NOTA: Igualmente, me obligo con la Cooperativa a reportar los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida.**

G OPERACIÓN EN MONEDA EXTRANJERA Si No **H APROBACIÓN DESCUENTO POR ASOCIACIÓN A COEMPOPULAR**

Una vez aceptada mi solicitud de admisión o readmisión como asociado de COEMPOPULAR, _____ autorizo para que de mi sueldo, primas, mesada, indemnizaciones o bonificaciones, efectúe los descuentos abajo señalados con los ajustes que COEMPOPULAR determine.

CUOTA DE ADMISIÓN (ESTATUTARIA)	\$ _____
APORTACIÓN SOCIAL MENSUAL MÍNIMA (ESTATUTARIA)	\$ _____

I DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Yo _____,

identificado con CC C.E. Otro. No. _____ expedido en _____,

obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo que aquí está consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a COEMPOPULAR, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Básica Jurídica vigente expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria, la ley 190 de 1995 Art. 27 Ley 1121 de 2006 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas concordantes, para la realización de cualquier operación con COEMPOPULAR.

- Declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas y que los recursos que entrego como aportes provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad o negocio, etc.) _____
- Declaro que los recursos que entregue no provienen de ninguna actividad ilícita propia o de terceros contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, sin fondos propios o de terceros, ni he prestado mi nombre para actividad ilícita.
- Autorizo a COEMPOPULAR para que el manejo de la información personal que estoy entregando conforme a lo establecido en la Ley 1266 de 2008 y en los términos de la Ley 1581 de 2012, manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, conforme con el documento que declaro haber recibido de Coempopular. Igualmente autorizo a Coempopular para consultar, reportar y modificar a cualquier Buró de información financiera o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad.
- De conformidad con lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1581 de Protección de datos personales usted autoriza que sus datos, sean incorporados a una base de datos responsabilidad de COEMPOPULAR siendo tratados con la finalidad de gestionar la solicitud de afiliación practicada, así como todas las gestiones posteriores y necesarias para mantener mi condición de afiliado, y el envío de información relativa a sus productos y servicios. La comunicación de datos de personas diferentes del afiliado no podrá realizarse salvo que, con carácter previo, el afiliado haya obtenido la autorización de los titulares en los mismos términos que los recogidos en la presente cláusula.
- Declaro que no me encuentro incluido en la lista de control de ONU / OFAC
- Por la presente, solicito mi ADMISIÓN como asociado de COEMPOPULAR y acepto y me acojo al Estatuto de COEMPOPULAR, los Reglamentos y demás normas que la rigen. Así mismo certifico que los datos contenidos en la presente son correctos y ceñidos a la realidad.
- En forma expresa e irrevocable me comprometo a entregar a COEMPOPULAR información veraz, verificable y a actualizarla mínimo una vez al año, o cada vez que solicite los servicios de la cooperativa.
- Autorizo a COEMPOPULAR y a las entidades que pertenezcan o llegaren a pertenecer como entes o grupos de control, para que compartan y accedan a la información y/o documentación referente a mí, según lo consignado o anexo en las solicitudes de vinculación, actualizaciones y en los diferentes documentos de depósito u operaciones.
- No admitiré que terceros efectúen depósitos a mi nombre para incrementar el saldo de mis aportes, abonar créditos o apertura de nuevos servicios, de fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- Autorizo, reconozco y acepto la facultad que asiste a COEMPOPULAR, de cancelar mis productos o servicios que tenga vigentes, en el evento que se identifique irregularidad en cualquiera de los numerales o información contenida en este documento, eximiendo a COEMPOPULAR de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa y actualizada y, en caso de que no lo sea, a que deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informe sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las Centrales de Información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consultó mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores a mi petición.
- La autorización anterior no permite a COEMPOPULAR y a las Centrales de Riesgo divulgar la información mencionada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales y legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a Coempopular para que verifique.

Para efectos del cumplimiento de la ley 2300 del 2023 me permito autorizar a Coempopular para que a través de:

Correo electrónico WhatsApp Mensaje de texto Llamada telefónica Envío de correspondencia

Me llegue información comercial y en caso de mora me hagan la debida gestión de cobranzas.

Nombre y Firma del Solicitante,

C.C. No.

APROBACIÓN

Certifico que recibí del asociado toda la documentación exigida para la apertura de los productos solicitados y que su información fue verificada de acuerdo con las normas establecidas por los ESTATUTOS, en el manual de operaciones activas, manual de procedimientos, SARLAFT y demás requisitos exigidos mediante memorandos internos o cualquier otro documento semejante.

Firma Responsable _____

Visado / Pagador _____

