

**FORMATO ÚNICO DE REGISTRO DE ASOCIADOS**

INGRESO     ACTUALIZACIÓN DE DATOS     REINGRESO     CONTINUIDAD

1. INFORMACIÓN PERSONAL									
Tipo de Identificación:		Número:				Fecha de Expedición:			Lugar de Expedición:
CC	CE						AÑO	MES	DÍA
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Género:	
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:		Estado Civil:		Nacionalidad:			
Dirección de Residencia:			Barrio:		Ciudad:		País:		
Teléfono:		Celular:		Nivel de Estudios:		Profesión:		Ocupación:	
Correo Electrónico:		Por qué medio autoriza el envío de su correspondencia				Actividad Económica:		CIU:	
		Físico <input type="checkbox"/>		Electrónico <input type="checkbox"/>					
Tipo de Vivienda:		Estrato:		EPS Actual:		Medicina Prepagada:			

2. INFORMACIÓN ECONÓMICA									
Empresa o Negocio donde Trabaja:			Nit:		Tipo de Contrato:		Cargo:		
Fecha de Ingreso:			Fecha de Terminación:		Dirección Laboral o comercial:				
Ciudad:			Departamento:		Teléfono:		Correo Electrónico:		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA						
Ingreso mensual actividad principal:	Otros Ingresos:	Total de Ingresos:	Total Egresos:	Total Activos:	Total Pasivos:	Total Patrimonio:
APORTE MENSUAL NORMAL			\$			

4. EN CASO DE POSEER PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA					
Tipo de Producto:		Entidad:	País:		Monto:
Moneda:		Número de Cuenta:		Transacciones en Moneda Extranjera:	Cuales:
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

5. GRUPO FAMILIAR (PADRES, HIJOS, CÓNYUGE)						
IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	Es asociado a Coopetexas		
				SI	NO	
Tipo de documento:						
No.		a m d				
Tipo de documento:						
No.		a m d				
Tipo de documento:						
No.		a m d				
Tipo de documento:						
No.		a m d				
Tipo de documento:						
No.		a m d				

6. SI SU INGRESO ES POR FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO, DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS				
Fecha de Fallecimiento:	Identificación:	Nombres y Apellidos:	Empresa:	Rol:

**7. 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.			
Tipo de documento:			
No.			
Tipo de documento:			
No.			

**8. PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE**

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? 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: \_\_\_\_\_

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si:  No:

¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con las características anteriores? Si:  No:

**9. 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: \_\_\_\_\_

**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

**10. 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 REPORTE 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.

**4. ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

En forma expresa e irrevocable me comprometo a entregar a COOPETEXAS información veraz y verificable, así como a actualizarla mínimo una (1) vez al año, o cada vez que solicite sus servicios.

Es usted hijo de un Asociado a Coopetexas Si:  No:

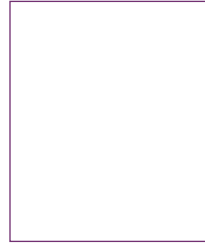
En caso afirmativo indique el Nombre del Asociado \_\_\_\_\_

**12. 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 \_\_\_\_\_.

FIRMA DEL ASOCIADO: \_\_\_\_\_

NO. IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_



**HUELLA**

**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.
5. Constancia de Ingresos (Laborales, Honorarios)
6. Copia declaración de renta del último año gravable o disponible y certificación de ingresos y retenciones

INFORMACIÓN DE ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN																		
<p>Lugar de la entrevista: _____</p> <p>Fecha de la entrevista: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table> Hora: _____</p> <p>Resultado: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>Acceptado:</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Rechazado:</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Nombre de asesor responsable: _____</p> <p>Firma asesor responsable: _____</p> <p>CC: _____</p>	M	M	D	D	A	A	A	A	Acceptado:	<input type="checkbox"/>	Rechazado:	<input type="checkbox"/>	<p align="center">Fecha de la verificación de la información:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">MM</td> <td style="width: 15%;">DD</td> <td style="width: 25%;">AÑO</td> <td style="width: 15%;">Hora:</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> <p>Observaciones: _____</p> <p>Se presentaron inconsistencias en la información verificada: <span style="float: right;">Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/></span></p> <p>Nombre de quien verifica la información: _____</p> <p>Firma de quien verifica la información: _____</p> <p>CC: _____</p>	MM	DD	AÑO	Hora:		
M	M	D	D	A	A	A	A												
Acceptado:	<input type="checkbox"/>	Rechazado:	<input type="checkbox"/>																
MM	DD	AÑO	Hora:																

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA SER DILIGENCIADO POR COOPETEXAS**

**Aprobado**

SI	NO
----	----

**Fecha**

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

**Acta No**

--	--	--	--

**Firma Gerencia**

\_\_\_\_\_