



coopemsura

# SOLICITUD DE INGRESO

Favor diligenciar completamente esta solicitud

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE													
NOMBRES Y APELLIDOS				TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>		IDENTIFICACIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN LUGAR DE EXPEDICIÓN		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
FECHA DE NACIMIENTO		AAAA		MM		DD		LUGAR DE NACIMIENTO				DEPARTAMENTO	
DIRECCIÓN RESIDENCIA				BARRIO				CIUDAD					
TEL. RESIDENCIA			CELULAR			ESTADO CIVIL		No. DE PERSONAS A CARGO		VIVE EN CASA		ESTRATO	
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL				SOLTERO <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO <input type="checkbox"/>		No. DE HIJOS		PROPIA <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO				CASADO <input type="checkbox"/>		UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>				FAMILIAR <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
				SEPARADO <input type="checkbox"/>		VIUDO <input type="checkbox"/>				ALQUILADA <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
VEHÍCULO MARCA		MODELO		PLACA		SERVICIO PÚBLICO <input type="checkbox"/>		PIGNORADO SI <input type="checkbox"/>		ENTIDAD			
				PRIVADO <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>							
NÚMERO DE CUENTA DONDE DESEA QUE COOPEMSURA LE CONSIGNE				TIPO DE CUENTA		AHORROS <input type="checkbox"/>		ENTIDAD BANCARIA					
				CORRIENTE <input type="checkbox"/>									

DETALLE INFORMACIÓN FINANCIERA				INFORMACIÓN BALANCE PERSONAL			
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIO FIJO	\$	GASTOS FAMILIARES	\$	ACTIVOS CORRIENTES (AHORROS E INVERSIONES)	\$	PASIVOS FINANCIEROS (Deudas Financieras)	\$
SALARIO VARIABLE	\$	ARRENDAMIENTO	\$	BIENES RAÍCES	\$	PASIVOS CORRIENTES (Deudas con terceros)	\$
ARRENDAMIENTOS	\$	CUOTA DE CRÉDITO HIPOTECARIO	\$	VEHÍCULOS	\$	OTROS PASIVOS	\$
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	\$	OTROS CRÉDITOS	\$	OTROS ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$
COMISIONES Y HONORARIOS	\$	OTROS EGRESOS	\$	TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PATRIMONIO (ACTIVOS - PASIVOS)	\$
OTROS INGRESOS	\$	¿CUÁLES?					
¿CUÁLES?		TOTAL EGRESOS MENSUALES	\$				
TOTAL INGRESOS MENSUALES	\$						
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?	SI <input type="checkbox"/>	CUÁLES?					
	NO <input type="checkbox"/>						
¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?	SI <input type="checkbox"/>	BANCO:		MONEDA:		NÚMERO DE CUENTA:	
	NO <input type="checkbox"/>	CIUDAD:		PAÍS:			

INFORMACIÓN LABORAL															
EMPRESA DONDE LABORA						NOMBRE DE LA OFICINA O DEPENDENCIA									
FECHA DE INGRESO		A		M		D		DIRECCIÓN OFICINA				TELÉFONO OFICINA			
FAX			MUNICIPIO			DEPARTAMENTO			PROFESIÓN			CARGO			
TIPO DE CONTRATO								FECHA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO							
TÉRMINO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> PRACTICANTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿CUAL?								A				M		D	
CÓDIGO DE NÓMINA		NIVEL DE ESTUDIOS		CURSO <input type="checkbox"/>		TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/>		POSGRADO <input type="checkbox"/>		¿CUAL?		TÍTULO OBTENIDO			
		PRIMARIA <input type="checkbox"/>		SECUNDARIA <input type="checkbox"/>		TÉCNICA <input type="checkbox"/>		UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>							
ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															

INFORMACIÓN DEL CONYUGE															
NOMBRES Y APELLIDOS				IDENTIFICACIÓN		DE		FECHA DE NACIMIENTO		A		M		D	
EMPRESA DONDE LABORA				CARGO		TELÉFONO EMPRESA U OFICINA				PROFESIÓN					

## INFORMACIÓN SOBRE PEPS

¿ES USTED PERSONA POLÍTICA O PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI  NO

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI  NO

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI  NO

¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI  NO

RELACIONES: PADRES, SUEGROS, HIJOS, ESPOSO(A), YERNO/NUERA, ABUELOS, HERMANOS, CUÑADOS Y NIETOS

NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	PERIODO	PARENTESCO

## DEDUCCIONES MENSUALES AUTORIZADAS

APORTES SOCIALES (Mínimo 6% SMMLV)	AHORRO A LA VISTA (Mínimo 5.8% SMMLV)	AHORRO EDUCATIVO (Mínimo 5.8% SMMLV)	AHORRO NAVIDEÑO (Mínimo 5.8% SMMLV)	AHORRO TU SUEÑO SEGURO (Mínimo 5.8% SMMLV/ Plazo: 6-36 meses)
\$	\$	\$	\$	\$

## DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS DEL SERVICIO

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	No. DE IDENTIFICACIÓN	T.I. O NIUP C.C. <input type="checkbox"/>	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	A	M	D
			T.I. O NIUP C.C. <input type="checkbox"/>	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	A	M	D
			T.I. O NIUP C.C. <input type="checkbox"/>	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	A	M	D

- **Asociados solteros:** Hijos hasta los 20 años y padres dependientes económicamente, También puede acceder los hijos hasta los 25 años si son dependientes económicamente o sin limite de edad si tienen discapacidad permanente.
- **Asociados casados o en unión libre:** Cónyuge y los hijos hasta los 20 años. También pueden acceder los hijos hasta los 25 años si son dependientes económicamente o sin limite de edad si tienen discapacidad permanente.

La dependencia económica de hijos mayores de 20 años y padres, se debe demostrar con el certificado de afiliación a la EPS respectiva.

## ENCUESTA

¿QUE LE MOTIVÓ A VINCULARSE A COOPEMSURA?

AHORRO  CRÉDITO  SERVICIOS Y BENEFICIOS  OTROS  CUÁLES?

¿QUE ACTIVIDADES REALIZA USTED EN SU TIEMPO LIBRE?

RECREATIVAS  ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_ EDUCATIVAS  ¿CUALES? \_\_\_\_\_  
 CULTURALES  ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_ DEPORTIVAS  ¿CUALES? \_\_\_\_\_

## CONDICIONES

De ser aceptada mi solicitud, autorizo al pagador de \_\_\_\_\_ para que descuenta de mi sueldo la suma correspondiente a la cuota de admisión y los valores con destino a mi cuenta personal de aportes y/o ahorros, así como las cuotas extraordinarias que autorice la Asamblea.

Es entendido que en el evento de no efectuarse el descuento por nómina conforme a la autorización aquí otorgada, me obligo a realizar los pagos mensualmente de dichas cuotas mediante consignación en la cuenta que se me indique. Para los efectos anteriores declaro que me obligo a cumplir estrictamente los mandatos y disposiciones estatutarias y reglamentarias vigentes, así como los que en el futuro dicten los organismos competentes de Coopemsura.

Acepto la calidad de Asociado(a) a Coopemsura con los deberes y derechos contemplados en la Ley y en los Estatutos de la Cooperativa, así mismo acepto que el valor a aportar está sujeto al valor del salario mínimo legal vigente en Colombia y tendrá el correspondiente incremento anual.

Declaro que mis ingresos y mis activos provienen de ACTIVIDADES LÍCITAS, tal y como lo informo en esta solicitud. Igualmente declaro que no admitiré que terceros realicen depósitos en mis cuentas, y de ninguna manera, si éstos provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, o en cualquier norma que modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

Con mi firma en este documento, autorizo a Coopemsura, para verificar la información suscrita en este formulario. Así mismo para que consulte y reporte a las centrales de información.

Igualmente me comprometo durante la vigencia del vínculo asociativo a actualizar la información suministrada en la presente solicitud o la que solicite la Cooperativa, por lo menos una vez al año. No obstante, la actual información estará vigente hasta tanto no sea notificado de mi parte alguna modificación, entendiéndose que en caso de incumplimiento, Coopemsura estará en libertad de cancelar el presente vínculo.

Certificando que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, lo firmo, a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_.

Con mi firma certifico que conozco y acepto los Estatutos y me acojo a las decisiones que determinan la Asamblea General y el Consejo de Administración de Coopemsura; y autorizo la deducción de mis aportes sociales y demás ahorros comprometidos de mi nómina a favor de Coopemsura.

Autorizo a Coopemsura el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (sms), mensajería por aplicaciones o web, correos electrónicos y que realicen llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario dentro de los horarios establecidos en el artículo 3 de la Ley 2300 del 10 julio de 2023.

**Igualmente declaro que:** Estando en uso legal de todas mis facultades, es mi voluntad que en caso de mi muerte, les sean entregados mis aportes sociales y demás ahorros que por cualquier concepto tenga en la Cooperativa, a las siguientes personas: (indicar %).

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	T.I. O NIUP C.C.	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	A	M	D	PORCENTAJE
NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	T.I. O NIUP C.C.	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	A	M	D	PORCENTAJE
NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	T.I. O NIUP C.C.	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	A	M	D	PORCENTAJE

Firma electrónica: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(El nombre completo y apellidos, reemplaza la firma)

ESPACIO PARA USO DE COPEMSURA				
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA	A	M	D	NOMBRES Y APELLIDOS DEL EMPLEADO QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA
FECHA DE LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	A	M	D	NOMBRES Y APELLIDOS DEL EMPLEADO RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
CÓDIGO CIU				
OBSERVACIONES:				
<b>DOCUMENTOS ANEXOS:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fotocopia del documento de identidad.</li> <li>Constancia de ingresos (Carta laboral o Certificado de ingresos y retenciones).</li> <li>Última colilla de pago.</li> <li>Formato Ley de Protección de Datos.</li> </ul>				

VIGILADA SUPERSOLIDARIA





coopemsura

DD | MM | AAAA

## LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, Coopemsura solicita la autorización para el manejo de su información personal, de una manera transparente, leal, lícita, segura y confiable, y con los siguientes propósitos: **1)** Mantener un canal de comunicación eficiente con los asociados que facilite el intercambio de información útil, relacionada con los productos y/o servicios ofrecidos por Coopemsura; **2)** Informar sobre nuevos productos o servicios que estén relacionados con el o los contratados adquiridos en Coopemsura; **3)** Realizar campañas de actualización de datos y satisfacción de asociados; **4)** Informar sobre cambios de los productos o servicios; **5)** Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con los asociados; **6)** Promover y promocionar nuestros productos y servicios; **7)** Reportar información financiera a Centrales de Riesgo; **8)** Entregar información referente a ubicación y créditos de aquellos asociados que se encuentren en mora.

La información contenida en nuestra base de datos, se encuentra protegida por las políticas corporativas para el tratamiento de la información, las cuales garantizan que el almacenamiento y uso de los mismos sean seguros y confidenciales, ya que contamos con las herramientas tecnológicas y el recurso humano idóneo para garantizar que su información esté almacenada de forma segura, evitando el acceso no autorizado de terceras personas y asegurando la confidencialidad de los mismos.

Como constancia de haber leído, comprendido y aceptado el texto anterior, firmo el presente documento.

### Nombres completos y apellidos

---

*(El nombre completo y apellidos, reemplaza la firma)*

Nombre:

Tipo de identificación:

Número de identificación:

Rol en que firma: **Aspirante a asociado**

VIGILADA SUPERSOLIDARIA

