

# SOLICITUD DE INGRESO Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL ASOCIADO

Vinculación  Actualización de datos  Apoderado o Representante legal

Nota: Antes de presentar su solicitud de afiliación asegurarse con nuestros funcionarios de los documentos que debe anexar.

|      |                                   |   |      |
|------|-----------------------------------|---|------|
| Hora | Fecha de Solicitud<br>Día Mes Año | Firma de Asesor/ Delegado Responsable de tomar firmas y huellas | C.C. |
|------|-----------------------------------|---|------|

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Asociado Referido por | C.C. |
|-----------------------|------|



## Información Personal

|                                    |                                    |   |  |  |  |
|------------------------------------|------------------------------------|---|--|--|--|
| Primer Apellido                    |                                    | Segundo Apellido  |  | Nombre(s)  |  |
| Fecha de Nacimiento<br>Día Mes Año | Lugar de Nacimiento                | Nacionalidad  | Sexo<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>  | Identificación<br>C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> N° |  |
| Lugar de Expedición                | Fecha de Expedición<br>Día Mes Año | Estado Civil<br>Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/><br>Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>   | Tipo de vivienda<br>Hipoteca <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/><br>Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/> |  |  |
| Estrato <input type="checkbox"/>   | Dirección Residencia Actual        | Barrio  | Ciudad   | Departamento   | Área Urbana <input type="checkbox"/> Área Rural <input type="checkbox"/> |
| Teléfono                           | Teléfono Celular                   | Nivel Académico<br>Universitario <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/><br>Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| E-mail                             |                                    |   |  |  |  |

## Relación de hijos y personas a cargo

|   |   |                     |  |                                 |  |
|---|---|---------------------|--|---------------------------------|--|
| DECLARACIÓN ESTADO DE SALUD   |   | Numeración de hijos |  |                                 |  |
| ¿Sufre o ha sufrido de alguna discapacidad, enfermedad, patología o condición de salud?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | ¿Tiene pensión de invalidez?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Identificación      |  | Nombre                          | Fecha nacimiento<br>Día Mes Año  |
| ¿Cuál?  | Diagnóstico que la originó:   |                     |  |                                 | Persona a cargo<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Es cabeza de familia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |   |                     |  |                                 |  |
| Administra recursos públicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |   |                     |  |                                 |  |
| PEP (Persona expuesta públicamente) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>(Si la respuesta es afirmativa y si tiene familiar asociado, debe diligenciarse formato anexo) |   |                     |  |                                 |  |
| Fecha vinculación al cargo<br>Día Mes Año   | Fecha desvinculación al cargo<br>Día Mes Año  |                     |  |                                 |  |
| Si tiene otras personas a cargo relaciona a continuación  |   |                     |  |                                 |  |
| Identificación  |   | Nombre              |  | Fecha nacimiento<br>Día Mes Año | Parentesco   |
|   |   |                     |  |                                 |  |
|   |   |                     |  |                                 |  |
|   |   |                     |  |                                 |  |

## Actividad Económica Principal e Información Financiera del Solicitante

|  |  |   |                     |                  |                      |
|--|--|---|---------------------|------------------|----------------------|
| Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/><br>Pensionado <input type="checkbox"/> Dependiente (Ingresos familiares) <input type="checkbox"/> | Nombre de la Empresa o el Establecimiento    | Actividad de la Empresa o Actividad Económica |                     |                  |                      |
| Dirección Empresa  | Ciudad y Departamento                        |   | Teléfonos           |                  |                      |
| Tipo de Contrato   | Fecha de Ingreso a la Empresa<br>Día Mes Año | Fecha de Vencimiento Contrato<br>Día Mes Año  | Profesión           | Ocupación Actual |                      |
| Ingresos derivados de su actividad principal<br>\$   | Total Egresos<br>\$                          | Total Activos<br>\$                           | Total Pasivos<br>\$ |                  |                      |
| Otros Ingresos<br>\$   | Concepto de otros Ingresos                   |   |                     |                  | Total Ingresos<br>\$ |
| Referencia Familiar (que no viva con usted)  | Dirección Residencia                         | Barrio  | Ciudad              | Teléfonos        | Parentesco           |
| Referencia Personal (que no viva con usted)  | Dirección Residencia                         | Barrio  | Ciudad              | Teléfonos        | Parentesco           |
| Operaciones en Moneda Extranjera   |  | Tipo de Operaciones                           | Banco               | Ciudad           | País                 |
| ¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |  |   |                     |                  |                      |
| ¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |  |   |                     |                  |                      |

\* **Beneficiarios** Designo como BENEFICIARIOS del seguro de aportes cuando aplique en caso de fallecimiento a:

| Parentesco | Sexo M/F | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres | Tipo Doc | Identificación Número | Teléfono | % |
|------------|----------|-----------------|------------------|---------|----------|-----------------------|----------|---|
|            |          |                 |                  |         |          |                       |          |   |

\* En caso de fallecimiento los aportes y demas recursos que el asociado tenga a favor serán entregados de acuerdo a las normas vigentes que regulen la ley sucesoral.

## DECLARACIÓN Y/O AUTORIZACIÓN DEL ASOCIADO Y/O APODERADO / REPRESENTANTE LEGAL

Con la firma del presente formulario solicito ser aceptado como asociado de CESCA, declaro expresamente que me someto voluntariamente a conocer y cumplir los Estatutos y Reglamentos, los cuales puedo consultar a través de la página web de la entidad, así mismo de acuerdo con lo establecido por la ley y reglamentos, la Superintendencia de Economía Solidaria y demás autoridades pertinentes hago las siguientes declaraciones, como también acepto:

1. Cancelar mensualmente el \_\_\_% (mínimo del 3%), de mi ingreso mensual para los aportes sociales mas cuota del fondo de beneficio solidario que fija el consejo de administración; así mismo autorizo me sea descontado por nómina \_\_\_ pago directamente \_\_\_
2. Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año mi información personal y a reportar de manera inmediata cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto (Teléfono fijo, celular, correo electrónico, dirección).
3. Me comprometo a recibir educación solidaria
4. Autorizo a CESCA para que debite de mi cuenta de ahorros, la suma adeudada por concepto de cuota de aportes, créditos, fondo de beneficio solidario y demás conceptos facturados, cuando estos se encuentren en mora o las cuotas del periodo vigente cuando se tenga convenio para el pago por nómina.
5. Conozco que al vincularme a la cooperativa me hago participe voluntariamente de cumplir los reglamentos y realizar la portación a los fondos mutuales y/o de más fondos creados por la Asamblea General, para así obtener los beneficios, es de anotar que estos fondos son de carácter agotable.
6. Dedaro que conozco con plena conciencia que la retención o falsedad de la información sobre mi estado de salud deja sin efecto el seguro de aportes y deuda.
7. Dedaro que fui informado(a) sobre las condiciones de asegurabilidad vigentes para el pago del seguro de vida aportes establecidas por la entidad aseguradora, las cuales permanecen actualizadas y publicadas en la página web de la Cooperativa para su consulta.
8. Estoy en conocimiento de que mi estado de salud puede incidir, en favor o en detrimento, del reconocimiento del pago de seguro de vida aportes. Por ello declaro no faltar a la verdad ni ocultar información con respecto a la existencia, actual o pasada de enfermedades físicas, psíquicas o condiciones de salud que haya presentado.

**DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES.** Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos y/o bienes a CESCA con el propósito de dar cumplimiento a las disposiciones legales:

- a. Yo, identificado con el nombre y documento de identidad expedidos en el lugar y fecha establecidos, tal como lo he diligenciado en este documento, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos y/o bienes a la cooperativa CESCA, con el propósito de dar cumplimiento a las disposiciones legales:
  - El origen de los dineros que deposito en mi cuenta y demás operaciones que tramito a través de la cooperativa CESCA, proceden del giro ordinario de actividades lícitas.
- b. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúare transacciones destinadas a tales actividades.
- c. Autorizo ser retirado de la Cooperativa, y saldar los productos de depósitos que mantenga en la entidad, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a la Cooperativa de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que hubiere proporcionado.

### AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

1. En mi calidad de titular de información actuando libre y voluntariamente Autorizo a CESCA para que utilice los datos que he incluido en el presente formulario, específicamente para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, actualizar, intercambiar y en general tratar los datos personales conforme lo dispone la ley 1581 de 2012 y la política de tratamiento de datos personales establecida por La Cooperativa.
2. Autorizo a CESCA para grabar las llamadas y conservar los registros digitales o en cualquier otro medio, que considere idóneo para almacenamiento de información y control.
3. Autorizo para que la información recopilada pueda ser usada por CESCA para realizar comunicaciones por medio del sistema de llamada automática por voz, o bien por medio de call center, de igual modo la autorización incluye la facultad de utilizar diferentes medios de comunicación como fax, oficios, celular (incluyendo mensajes de texto), correo electrónico o cualquier otro dispositivo o medio que llegue a estar disponible, dichas comunicaciones podrán ser con fines informativos, verificación de datos, gestión de cobranza, promoción de productos y cualquier otro que la Cooperativa considere oportuno brindar a los asociados.
4. Autorizo a CESCA para que solicite, consulte, comparta, informe, reporte, procese, modifique, actualice, aclare, retire o divulgue ante las entidades de consulta de bases de datos u Operadores de Información de Riesgo, o ante cualquier otra entidad que maneje o administre bases datos con los fines legalmente definidos para este tipo de entidades, todo lo referente a mi información financiera, comercial o crediticia (presente, pasada y futura), mi endeudamiento, y el nacimiento, modificación y extinción de mis derechos y obligaciones originados en virtud de cualquier operación realizada o que llegare a celebrar o realizar en la cooperativa. De igual forma autorizo a la cooperativa para consultar mis datos en listas restrictivas y vinculantes.
5. Autorizo a CESCA para que conserve mi información y documentación incluso cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma. Igualmente, para recogerla, actualizarla, modificarla, procesarla y eliminarla.
6. Autorizo a CESCA para que remita a las autoridades la información relacionada con los productos o servicios que tenga en la cooperativa y los que serán contratados en el futuro, datos de contacto, movimientos y saldos, y cualquier otra información que sea solicitada por ente de vigilancia y control o por entidades que previenen la evasión fiscal o lavado de activos y financiación de terrorismo.
7. Autorizo a la cooperativa para que comparta, transmita, transfiera y divulgue mi información y documentación con los siguientes: proveedores que ofrezcan o suministren bienes y servicios a la cooperativa, aseguradoras con las cuales la cooperativa tenga contratadas pólizas o con las cuales yo haya decidido contratarlas, personas que realicen la promoción de los productos y servicios de la cooperativa.
8. La cooperativa dará uso a mis datos personales a partir de la recepción de los mismos y hasta que expresamente revoque esta autorización, para: a) ofrecerme sus productos y servicios, brindarme información a través de mensajes de texto, correo electrónico o cualquier herramienta de comunicación b) procesar y analizar información estadística, investigaciones comerciales, procesar información para el sistema de administración de los diferentes riesgos de la cooperativa, evaluar la calidad del servicios y realizar estudios internos, c) realizar gestión de cobranza de mis obligaciones con la cooperativa, d) suministrarme cualquier tipo de información que se considere necesaria para el desarrollo del objeto social de CESCA, e) la prevención y control de lavado de activos y la financiación de terrorismo, f) reporte de información personal y financiera ante las centrales de riesgo, ente de control y vigilancia del estado.
9. Autorizo tratar mis datos biométricos tales como huella, firma y fotografía con la única finalidad de verificar mi identidad.

### INFORMACION SOBRE LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Manifiesto que se me ha informado de manera clara y expresa acerca del tratamiento al cual serán sometidos mis datos personales y la finalidad del mismo, así como acerca de las políticas de tratamiento de información personal adoptadas por CESCA, las cuales se encuentran disponibles para mi consulta en la página web [www.cesca.coop](http://www.cesca.coop).

Como constancia de haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo anterior, firmo el presente documento a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**Conozco y estoy de acuerdo que este documento es válido como tarjeta de apertura de la cuenta de ahorros, en caso de ser necesario.**

N° Cuenta \_\_\_\_\_ Producto \_\_\_\_\_ N° Cuenta \_\_\_\_\_ Producto \_\_\_\_\_

Firma Asociado  
C.C. N° \_\_\_\_\_

Huella Índice Derecho  
Asociado

Firma Apoderado - Representante Legal  
C.C. N° \_\_\_\_\_

Huella Índice Derecho  
Representante Legal

### ESPACIO RESERVADO PARA EL PAGADOR

Nombre completo del pagador de la empresa

\$

Salario básico mensual del empleado  
(Cuando el descuento sea por nómina)

Firma del pagador de la empresa

**Las firmas y huellas deberán diligenciarse en presencia de notario, delegado CESCA o empleado de la Cooperativa, quien deberá firmar en el espacio inicial destinado para ello.**

#### Documentación Anexa:

- Fotocopia documento de identidad.
- Constancia de ingreso (honorarios laborales, desprendibles de pago, carta laboral, certificaciones de ingresos y retenciones, entre otros, según su actividad económica).

CESCA informa en la página web de la cooperativa o en sus oficinas se puede consultar las políticas en cuanto al tratamiento y protección de datos personales. Para ejercer sus derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre sus datos personales, deberá registrar su solicitud en el siguiente correo: [protecciondatospersonales@cesca.coop](mailto:protecciondatospersonales@cesca.coop) o en nuestras oficinas.

### ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

El estudio de la afiliación se encuentra en el sistema interno workflow de CESCA

● Aspectos relevantes que el comité debe tener en cuenta para la decisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_