

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN

FECHA DILIGENCIAMIENTO

DD	MM	AAAA
----	----	------

Tipo de vinculación: Profesional Tecnólogo Estudiante Cónyugue Hijo(a) de Asociado Padre de Asociado
Fecha de corte: 5 15 25

INFORMACIÓN PERSONAL						
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento		
				DÍA:	MES:	AÑO:
Tipo de Documento	Número de Documento	Fecha de Expedición		Lugar de Expedición	Género F M	
C.C. C.E. T.I.		DÍA:	MES:	AÑO:	Edad _____	
¿Mujer Cabeza de Familia?	Profesión	Personas a cargo	Estado Civil	Casado(a)	Unión Libre	
SÍ NO			Soltero(a)	Separado(a)	Viudo(a)	
Nivel de Estudios	Bachillerato	Técnico	Institución Educativa			
Tecnólogo	Universitario	Postgrado				

FOTO


INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	Departamento
Tipo de Vivienda	Correo Electrónico		Estrato
Propia Familiar Arrendada			
Teléfono Fijo	Celular	Envío de correspondencia	
		Residencia	Comercial Correo Electrónico

INFORMACIÓN LABORAL			
Ocupación (marcar con X)	Descripción Actividad Económica		Código CIU
Empleado Independiente Pensionado Rentista			
Nombre de la Empresa donde labora	Cargo	Tipo de Contrato	
		Fijo Indefinido Servicios Otro	
Fecha de Ingreso	Dirección de la Empresa		Teléfono Fijo
DÍA: MES: AÑO:			
Barrio	Ciudad	Departamento	Celular
PEP (Persona Política mente Expuesta)	¿Usted es funcionario Público?	¿Administra Recursos Públicos?	
SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	

INFORMACIÓN FINANCIERA						
Ingresos Fijos	Otros Ingresos	Total Ingresos	Concepto Otros Ingresos			
\$	\$	\$				
Gastos Fijos	Otros Gastos	Total Gastos	¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera? SÍ NO			
\$	\$	\$				
¿Posee Cuentas en Moneda Extranjera? SÍ NO	Banco	No. de Cuenta	Moneda	Ciudad	País	
PATRIMONIO						
INMUEBLES	Casa Apartamento	Dirección		Ciudad	Valor Comercial \$	
	Consultorio Finca Otro: _____					
	Casa Apartamento	Dirección		Ciudad	Valor Comercial \$	
	Consultorio Finca Otro: _____					
Particular Público Moto	Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial \$		
Particular Público Moto	Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial \$		
Total Activos	\$	Total Pasivos	\$	Total Patrimonio		
				\$		

BENEFICIARIOS					
En caso de fallecimiento será(n) beneficiario(s) de mi Auxilio Mutuo, la(s) siguiente(s) persona(s). Los aportes sociales serán entregados de acuerdo con lo establecido por la Ley Colombiana al momento de mi fallecimiento.					
Apellidos y Nombres de los Beneficiarios	Número de Identificación	Edad	Género	Porcentaje	Parentesco
			F M	%	
			F M	%	
			F M	%	
			F M	%	

REFERENCIAS			
Referencia Familiar			
Nombre y Apellido	Teléfono	Ciudad	Parentesco
Referencia Personal			
Nombre y Apellido	Teléfono	Ciudad	Parentesco
Cónyugue / Compañero(a)			
Nombre y Apellido	Teléfono	Ciudad	Parentesco

	Presentado por	Campaña de Referidos Asesor Comercial Referido	¿Cómo se informó sobre SOME C?
	Nombre _____	¿Cuáles son los motivos principales para su ingreso a SOME C? Créditos	
	Identificación _____	Seguros Convenios Aportes Fondos Mutuales Otros _____	
Teléfono _____			

Registre su cuenta bancaria actual	Entidad	Tipo de cuenta	Ahorros	Corriente	Número
------------------------------------	---------	----------------	---------	-----------	--------

DECLARACIÓN DE SALUD

Peso (Kg)	Estatura (cm)	Nombre de la EPS
-----------	---------------	------------------

1). ¿Tiene, ha tenido, le han diagnosticado o ha sido intervenido por: Enfermedades Cardiovasculares, Hipertensión Arterial, Infarto de Miocardio, Arritmias, Colesterol ó Triglicéridos Altos (Tratados ó no con Medicamentos), Enfermedades Neurológicas: Derrames, Isquemias ó Trombosis Cerebral, Mareos ó Desmayos, Convulsiones, Parálisis; Enfermedades de los Organos: Ceguera ó Sordera Total y/o Parcial; Enfermedades del Sistema Endocrino: La Glándula Tiroides, Diabetes; Enfermedades Respiratorias: Enfisema Pulmonar, Bronquitis Crónica; Enfermedades del Sistema Osteomuscular: Artritis o Lesiones Musculares; Enfermedades del Sistema Digestivo: Gastritis, Úlcera, Hepatitis B ó C; Cirrosis; Enfermedades del Sistema Circulatorio: Válvulas, Enfermedades Genitourinarias (Ovarios, Utero, Próstata, Testículos, Deformidades Corporales, Tumores o Quistes); Enfermedades: Trastornos Psicológicos ó Psiquiátricos; Insuficiencia Renal, Cáncer, Leucemia; Lupus, Sida ó VIH Positivo u otras enfermedades no mencionadas anteriormente? SI ____ NO ____ Especifique _____ **2).** ¿Ha tenido Enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral anterior, piensa someterse o tiene pendiente algún tratamiento médico ó tiene programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses? Si ____ NO ____ **3).** Si ha tenido embarazo, ha presentado complicaciones? Si ____ NO ____ **4).** Ha tenido Partos por Cesárea? SI ____ NO ____ En caso de que Usted, haya contestado positivamente alguna de las anteriores preguntas en los numerales 1, 2, 3, 4, por favor amplíe (Diagnóstico, Fecha de Diagnóstico, Secuela): _____ **5).** Fuma? ¿Frecuencia (Semanal, Ocasional o Diaria)? _____ ¿Cuántos? ____ ¿Desde cuando? DD ____ MM ____ AA ____ **6).** Consume bebidas embriagantes diariamente? SI ____ NO ____

Señor Asociado: Antes de firmar lea detenidamente lo siguiente: Conforme a la anterior Declaración de Salud, manifiesto que no he sido sometido a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas diferentes a las mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma casual o secuencial.

Si por análisis del nivel de riesgo, según criterio médico, no se le permite acceder a los cubrimientos del Fondo Mutua y al Fondo de garantía de deuda (En caso de solicitar créditos) se podrá vincular con las limitaciones pertinentes.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria, manifiesto que toda la información consignada en el presente formulario es cierta y verificable, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia de Economía Solidaria y demás normas concordantes, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a **SOME C**.

- Los recursos que entrego a **SOME C** provienen de las siguientes fuentes: _____
- Declaro que los recursos que entrego a **SOME C**, no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en la Ley Penal Colombiana.
- Actualmente desarrollo las actividades comerciales y/o profesionales que indiqué en este presente formulario . En caso que posteriormente desarrolle cualquier otra actividad comercial y/o profesional que conlleve ingresos adicionales, lo comunicaré de manera inmediata a la Cooperativa por los canales de comunicación dispuestos por ella.
- No admitiré que terceros efectúen pagos o consignaciones a los productos que adquiera con la Cooperativa con dineros proveniente de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- Autorizo a **SOME C** a que dé por terminados los contratos que mantenga en la Cooperativa, 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 o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- Declaro que no estoy siendo objeto de investigaciones judiciales y administrativas en el país o en el extranjero derivadas de delitos relacionados con Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y conexos.
- Conozco y acepto que en caso de que llegare a ser objeto de investigación judicial y/o actuación administrativa por parte de autoridades nacionales o internacionales, la Cooperativa podrá unilateral y discrecionalmente dar por terminado el o los contratos que dieron origen a esta declaración; de igual forma, en caso de comprobarse que tengo vínculos comerciales o personales con empresas o personas incurso en investigaciones judiciales o listas públicas relacionadas con actividades ilícitas.

DECLARACIÓN DE DESEO DE ASOCIACIÓN

Solicito ser aceptado como Asociado (a) de la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE PROFESIONALES SOME C**. Declaro expresamente que daré cumplimiento voluntariamente a sus estatutos y reglamentos, como también a cancelar mensualmente las obligaciones que adquiera. Así mismo garantizo que la información suministrada por mí es verás. Si se comprobare en cualquier tiempo que en la información suministrada ha habido de mi parte falsedad, omisión, error o reticencia que de haber sido conocida por la Administración, acepto la determinación de no ser recibido como asociado a la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE PROFESIONALES SOME C**.

COMPROMISOS

Me comprometo a actualizar mi información general, financiera y de contacto una vez al año, con el fin de mantenerme informado acerca de todos los beneficios que la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE PROFESIONALES SOME C** y que pueda ser contactado en el momento que sea requerido por la misma. Me comprometo a recibir educación cooperativa, efectuando el curso en cooperativismo en un periodo de tiempo inferior a 1 año, y capacitarme para poder participar a conciencia y servir a **SOME C** en la medida de mis posibilidades. Así mismo, a cumplir con el pago oportuno de mis aportes y demás obligaciones crediticias, estatutarias y reglamentarias.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y al decreto 1377 de 2013, se le informa al titular de los datos personales que **SOME C** llevará a cabo los siguientes tipos de tratamiento de datos: recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de información, con la finalidad de ofrecer y suministrar información de los productos y servicios, reportar y actualizar ante los operadores de información y riesgo, actualizar el resultado de las relaciones contractuales, dar cumplimiento a las obligaciones pactadas, prevenir el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo entre otras. **SOME C** actúa de conformidad con el artículo 15 de nuestra Constitución Política garantizando que nuestros asociados puedan conocer, actualizar y rectificar los datos personales o que suministre en la entidad. **SOME C** obtiene la autorización del titular de los datos dando su consentimiento por escrito en este documento.

- Autorizo** expresamente a **SOME C**, para que efectúen la consulta y reporte de mi comportamiento crediticio ante las Centrales de Riesgo establecidas, en cuanto lo considere necesario.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA EN LISTAS Y BASES DE DATOS

Autorizo a **SOMECC** para que consulte y/o verifique mi nombre y documento de identidad en listas y bases de datos de carácter público, restrictivas o privadas tanto nacionales como internacionales relacionadas con lavado de activos, financiación del terrorismo, buscados por la justicia y en las demás que informen sobre la vinculación de personas con actividades ilícitas de cualquier tipo.

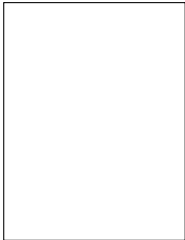
DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- Fotocopia ampliada del documento de identidad
- Fotocopia del Diploma, Acta de Grado o Tarjeta Profesional de una institución académica reconocida por el Ministerio de Educación Nacional.
- En caso de ser estudiante, fotocopia de carné con fecha vigente u orden de matrícula.
- (1) fotografía reciente tamaño documento (3x4cm).
- Cualquiera de los siguientes documentos: Certificación laboral o certificado de Contador, últimos desprendibles de nómina o de pensión. *(En el caso de no tener ingresos, por favor anexar documentos de el tutor).*
- Registro Civil o Carta de presentación que lo acredite como Hijo, Padre, Madre, Cónyuge o Compañero de asociado, según sea el caso.

Aspectos importantes a tener en cuenta para su vinculación a SOMECC:

- La documentación e información que suministre debe ser clara y veraz.
- Las cuotas mensuales que debe cubrir serán distribuidas así: **2.1 Fondo de Calamidad Doméstica, 2.2. Fondo de Auxilio Mutuo, 2.3 Aportes Sociales.**
- Autorizo a SOMECC a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información del sector financiero o cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad. Lo anterior implica que el cumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos donde se consignen de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento de mis obligaciones frente a la entidad.
- Para conocer más de los Derechos y Deberes, lo invitamos a ingresar a nuestra página web: **www.somec.coop**

La información que recibí del asesor comercial fue clara, precisa y oportuna, en consecuencia, firmo a satisfacción.

_____		_____
FIRMA SOLICITANTE	HUELLA Índice Derecho	SELLO O FIRMA DEL ASESOR
Nombre:		
Doc. Identidad:		VERIFICÓ:

*La Organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

ESPACIO PARA USO DE LA ORGANIZACIÓN SOLIDARIA

Observaciones y Recomendaciones del Asesor:

Fecha Entrevista			Nombre y firma de quien realizó la entrevista
DÍA:	MES:	AÑO:	
Fecha Verificación de la información			Nombre y firma del responsable de verificación de información
DÍA:	MES:	AÑO:	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SOMECC

Fecha del Consejo	DÍA:	MES:	AÑO:	PLAN DE AUXILIO MUTUAL		
Nombre de nuevo asociado:				Alto Medio Bajo Estudiante	Sin Auxilio Mutuo por:	
Identificación	Edad				Edad	Salud
Calidad de ingreso				OBLIGACIONES MENSUALES		
Documentos soporte				Fondo Mutuo	Fondo de Calamidad	Aportes Sociales
Institución Educativa	Realizó pago SI NO			\$	\$	\$
Aprobación SI NO	Fecha Consejo de Administración	DÍA:	MES:	AÑO:	Acta	

Cualquier información adicional, comuníquese con la coordinación del Área Comercial y Mercadeo.
PBX: (1) 3144040 Extensión 133 · Calle 50 No. 8 - 27 Piso 1 Edificio Somec - Bogotá D.C. Colombia

FORMA 00001-08-2021 SOMECC V.1