



Diligencie todos los campos del formato sin tachones ni enmendaduras.

Afiliación <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/> Aporte quincenal \$ _____ Aporte mensual \$ _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">DÍA</td> <td style="width:33%; text-align: center;">MES</td> <td style="width:33%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Fecha diligenciamiento	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO					

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Apellidos _____ Nombres _____
 Tipo de identificación C.C C.E PAS No. _____ Fecha de Expedición _____ Expedida en _____
 Género M F Fecha de nacimiento DD MM AAAA Lugar de nacimiento _____ Nacionalidad _____
 Dirección domicilio _____ Barrio _____ Depto. _____ Ciudad _____
 Fijo y/o Celular _____ Correo electrónico _____
 Estado civil: Soltero Casado Unión libre Viudo Separado Cabeza de familia: SI NO No de personas a cargo _____
 Tipo de vivienda: Propia Arrendada Familiar Estrato _____
 Nivel académico: Primaria Bachillerato Técnico Profesional Especialización Profesión _____

II. INFORMACIÓN LABORAL Y FINANCIERA

Empresa donde labora _____ Cargo _____
 Tipo de vinculación: Empleado Prestación de servicios Accionista Arrendador Canal: Nomina Comisión TAT
 Fecha de ingreso DD MM AAAA Zona, SPT, UAD o Área _____ Ciudad _____
 Descripción de actividad económica _____ Código CIU _____ ¿declara renta? SI NO
 Periodicidad de pago: Quincenal Mensual Salario \$ _____ Otros ingresos \$ _____
 ¿por qué concepto? _____ Egresos (Gastos) mensuales \$ _____
Activos: Casa Apartamento Otro (cual) _____ Dirección _____ Ciudad _____
 Valor comercial \$ _____ Posee Hipoteca: SI NO Valor Hipoteca _____ Entidad _____
 Vehículo: Publico Particular Modelo _____ Marca _____ Placa _____
 Valor comercial \$ _____ Pignorado SI NO Valor Pignoración _____ Entidad _____
Pasivos: Deuda a entidades financieras \$ _____ Deuda a Terceros \$ _____
Patrimonio (Bienes muebles e inmuebles propios) \$ _____

III. INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE – PEP (En cumplimiento al Decreto 830 de 2021)

¿Usted es Persona Expuesta Políticamente - PEP? SI NO
 ¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO ¿Cuáles? _____
 ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder? SI NO ¿Cuál? _____
 ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI NO ¿Cuál? _____
 ¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con las características anteriores? SI NO
 En caso afirmativo, por favor especifique: Cónyuge, Padres e Hijos Abuelos, Hermanos y nietos

Parentesco	Nombres y apellidos	Tipo identificación	No identificación	Cargo	Fecha ingreso	Fecha termina
		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>				
		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>				

IV. INFORMACIÓN DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza Operaciones con moneda extranjera SI NO ¿Cuáles? _____ Posee cuentas en moneda extranjera SI NO
 Banco _____ Moneda _____ Cuenta _____ Ciudad _____ País _____

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

CÓNYUGE
 Nombres y apellidos _____ Tipo de identificación C.C C.E PAS No. _____
 Fecha de nacimiento DD MM AAAA Teléfono personal _____ Correo Personal _____
 Actividad económica u ocupación: Empleado Independiente Pensionado Ama de casa Estudiante Otro ¿Cuál? _____
 Empresa _____ Ciudad _____ Salario \$ _____ Cargo _____
 Tipo de contrato Fijo Indefinido otro ¿Cuál? _____ Fecha de ingreso DD MM AAAA

Nombres y apellidos completos	Fecha de Nacimiento	Tipo de Identificación	Número de Identificación
	DD MM AAAA	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/>	
	DD MM AAAA	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/>	
	DD MM AAAA	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/>	
	DD MM AAAA	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/>	

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento autorizo como directos beneficiarios del aporte a:

Nombres y apellidos	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Tipo de Identificación	Número de Identificación	%
		DD MM AAAA	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/>		
		DD MM AAAA	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/>		
		DD MM AAAA	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/>		
		DD MM AAAA	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/>		

VI. REFERENCIAS

Nombres y apellidos	Vínculo	Dirección	Ciudad	Teléfono



V. AUTORIZACIONES

CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a COOPERAEL para que con fines estadísticos y de información consulte, solicite, suministre, reporte, procese, divulgue información a las centrales de riesgo o cualquier entidad autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con mi nombre, comportamiento personal, hábitos de pago, manejo de crédito y de cuentas, saldo de mis obligaciones crediticias, tiempo de mora en el pago de dichas obligaciones, lo mismo que el suministro de tales informaciones a quien tuvieran interés legítimo de ella.

PARA DESCUENTO

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable al pagador de la entidad empleadora, asociativa o a quien corresponda, realizar el descuento de mi salario, honorarios, dividendos u otros ingresos para el pago de aportes sociales y demás obligaciones que adquiera con la Cooperativa en la periodicidad establecida y sean giradas a favor de COOPERAEL.

En caso de presentarse la terminación de mi relación laboral con la empresa por cualquier causa, autorizo de igual manera al pagador, para que el saldo de mi(s) obligaciones sea cubierto con la liquidación final de prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones o de cualquier cantidad de dinero que se genere a mi favor.

PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN

Autorizo de manera expresa permanente e irrevocable al pagador de la entidad empleadora, asociativa o a quien corresponda el pago de mi salario, para que informe a COOPERAEL, cualquier novedad pertinente con mi relación laboral, especialmente, en lo concerniente a modificación o terminación del contrato de trabajo.

DE LA INFORMACIÓN (HABEAS DATA)

De acuerdo con la política de tratamiento de datos personales según la ley 1581 de 2012 y Decreto 1367 de 2013 y demás normas concordantes, autorizo a COOPERAEL expresa y voluntariamente para que los datos personales aportados sean utilizados para: El cumplimiento de los deberes legales y el ejercicio de los derechos u obligaciones contractuales de COOPERAEL; facilitar la prestación e información de los productos y servicios de COOPERAEL o productos y servicios ofrecidos por terceros vinculados o relacionados por convenios con COOPERAEL.

La Cooperativa COOPERAEL cuenta con una política que está comprometida con el respeto y garantía de los derechos al debido tratamiento de la información de los datos personales de los proveedores, clientes, empleados, asociados y cualquier otra persona natural y/o jurídica.

CANALES AUTORIZADOS

En cumplimiento de lo establecido en la ley 2300 del 10 de julio de 2023, autorizo a COOPERAEL a contactarme por medio de los siguientes canales que como asociado registré en el momento de la afiliación y/o solicitud de crédito (Correo electrónico, número de celular). para el proceso de cobranza y/o brindar información sobre los productos y servicios que ofrece la cooperativa:

Telefónicamente (WhatsApp, mensajes de texto, Llamadas) Correo electrónico Todos los anteriores

De no informar ningún canal de contacto, COOPERAEL entenderá que acepta todos los canales dispuestos para realizar los contactos.

VI. DECLARACIONES

- Que a la fecha de la firma de esta solicitud no he sido sancionado por la Superintendencia de Economía Solidaria o por el ente de control que haga de sus veces.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite COOPERAEL por cada producto o servicio que utilice y a comunicar a COOPERAEL cualquier novedad, relacionada con el vínculo laboral, terminación de contrato o cualquier otra que tenga que ver con el vínculo de asociación en el momento en que ocurra.
- Declaro y acepto que la información suministrada es cierta y veraz, al igual que el contenido de la documentación adjunta. Y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública sin limitación alguna, desde ahora y mientras exista alguna relación asociativa con COOPERAEL o quien represente sus derechos.

ORIGEN DE FONDOS, declaro expresamente que:

- 1) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): _____
- 2) Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de acuerdo con el código civil Colombiano.
- 3) Los recursos y beneficios que se deriven de mi relación como asociado de COOPERAEL no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- 4) Eximo a COOPERAEL, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

ACEPTACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN

Conozco que la aceptación de mi asociación está sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en los estatutos vigentes y demás reglamentación de la cooperativa. Acepto y entiendo que el pago en mora de una o más cuotas del crédito recibido, generará intereses de mora.

Esta solicitud está sujeta a estudio y aprobación de COOPERAEL

En constancia de haber leído, entiendo y acepto lo anterior, firmo el presente documento:

 Firma del solicitante
 C.C.



USO EXCLUSIVO DE COOPERAEL

Fecha de realización entrevista	dd	mm	año	Nombre y firma de quien realizó la entrevista	
Fecha de verificación de información	dd	mm	año	Nombre y firma del responsable de verificación de información	
Fecha de validación en listas para proceso de vinculación	dd	mm	año	Nombre y cargo de quien valida en listas	
Observaciones					ANEXOS
					Formato de Afiliación
					Fotocopia del documento de identidad
					Carta Autorización Descuento

Aprobación _____ **Aceptada según Acta:** _____ **Fecha:** _____