



FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO – PERSONA NATURAL
COOPERATIVA COOPERAEL
NIT. 900.074.186-3

FVA 003
Fecha de Modificación 29-02-2024

Diligencie todos los campos del formato sin tachones ni enmendaduras.

<table border="1" style="float: right;"><tr><td style="width: 33%;">DÍA</td><td style="width: 33%;">MES</td><td style="width: 33%;">AÑO</td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: center;">Fecha diligenciamiento</td></tr></table>		DÍA	MES	AÑO	Fecha diligenciamiento																																
DÍA	MES	AÑO																																			
Fecha diligenciamiento																																					
Afiliación <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/> Aporte quincenal \$ _____ Aporte mensual \$ _____																																					
I. INFORMACIÓN PERSONAL																																					
Apellidos _____ Nombres _____																																					
Tipo de identificación C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. _____ Fecha de Expedición _____ Expedida en _____																																					
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> Lugar de nacimiento _____ Nacionalidad _____																																					
Dirección domicilio _____ Barrio _____ Depto. _____ Ciudad _____																																					
Fijo y/o Celular _____ Correo electrónico _____																																					
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No de personas a cargo _____																																					
Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Estrato _____																																					
Nivel académico: Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Profesión _____																																					
II. INFORMACIÓN LABORAL Y FINANCIERA																																					
Empresa donde labora _____ Cargo _____																																					
Tipo de vinculación: Empleado <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/> Accionista <input type="checkbox"/> Arrendador <input type="checkbox"/> Canal: Nomina <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> TAT <input type="checkbox"/>																																					
Fecha de ingreso DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> Zona, SPT, UAD o Área _____ Ciudad _____																																					
Descripción de actividad económica _____ Código CIU _____ ¿declara renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																					
Periodicidad de pago: Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Salario \$ _____ Otros ingresos \$ _____																																					
¿por qué concepto? _____ Egresos (Gastos) mensuales \$ _____																																					
Activos: Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Otro (cual) _____ Dirección _____ Ciudad _____																																					
Valor comercial \$ _____ Posee Hipoteca: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Valor Hipoteca _____ Entidad _____																																					
Vehículo: Publico <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Modelo _____ Marca _____ Placa _____																																					
Valor comercial \$ _____ Pignorado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Valor Pignoración _____ Entidad _____																																					
Pasivos: Deuda a entidades financieras \$ _____ Deuda a Terceros \$ _____																																					
Patrimonio (Bienes muebles e inmuebles propios) \$ _____																																					
III. INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE – PEP (En cumplimiento al Decreto 830 de 2021)																																					
¿Usted es Persona Expuesta Politicamente - PEP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																					
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____																																					
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____																																					
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____																																					
¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con las características anteriores? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																					
En caso afirmativo, por favor especifique: Cónyuge, Padres e Hijos <input type="checkbox"/> Abuelos, Hermanos y nietos <input type="checkbox"/>																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>Parentesco</th><th>Nombres y apellidos</th><th>Tipo identificación</th><th>No identificación</th><th>Cargo</th><th>Fecha ingreso</th><th>Fecha termina</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		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"/>																			
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ Posee cuentas en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																					
Banco _____ Moneda _____ Cuenta _____ Ciudad _____ País _____																																					
V. INFORMACIÓN FAMILIAR																																					
CÓNYUGE																																					
Nombres y apellidos _____ Tipo de identificación C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No _____																																					
Fecha de nacimiento DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> Teléfono personal _____ Correo Personal _____																																					
Actividad económica u ocupación: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____																																					
Empresa _____ Ciudad _____ Salario \$ _____ Cargo _____																																					
Tipo de contrato Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Fecha de ingreso DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>																																					
Número de hijos _____																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>Nombres y apellidos completos</th><th>Fecha de Nacimiento</th><th>Tipo de Identificación</th><th>Número de Identificación</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>DD MM AAAA</td><td>R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/></td><td></td></tr><tr><td></td><td>DD MM AAAA</td><td>R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/></td><td></td></tr><tr><td></td><td>DD MM AAAA</td><td>R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/></td><td></td></tr><tr><td></td><td>DD MM AAAA</td><td>R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/></td><td></td></tr></tbody></table>		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"/>																	
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:																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>Nombres y apellidos</th><th>Parentesco</th><th>Fecha de Nacimiento</th><th>Tipo de Identificación</th><th>Número de Identificación</th><th>%</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>DD MM AAAA</td><td>R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>DD MM AAAA</td><td>R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>DD MM AAAA</td><td>R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>DD MM AAAA</td><td>R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>DD MM AAAA</td><td>R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		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"/>					DD MM AAAA	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/>		
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"/>																																		
		DD MM AAAA	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/>																																		
VI. REFERENCIAS																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>Nombres y apellidos</th><th>Vínculo</th><th>Dirección</th><th>Ciudad</th><th>Teléfono</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Nombres y apellidos	Vínculo	Dirección	Ciudad	Teléfono																															
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 destinarán 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.

Huella

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: _____