



(Por favor diligencie preferiblemente en computador o en letra imprenta legible sin tachones ni enmendaduras)

Afiliación <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/> Aporte quincenal \$ _____	Aporte mensual \$ _____	DIA _____ MES _____ AÑO _____
		Fecha diligenciamiento _____

**I. INFORMACIÓN PERSONAL**

1er Apellido \_\_\_\_\_ 2do Apellido \_\_\_\_\_ 1er Nombre \_\_\_\_\_ Otros Nombres \_\_\_\_\_  
 Tipo de identificación C.C.  C.E.  PAS  No. \_\_\_\_\_ Fecha de Expedición \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_ País residencia \_\_\_\_\_  
 Género M  F  Otro  Fecha de nacimiento DD \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Depto \_\_\_\_\_  
 Estrato \_\_\_\_\_ Tiempo de residencia \_\_\_\_\_ Zona Rural  Urbana  Fijo/Celular \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Estado civil: Soltero  Casado  Unión libre  Viudo  Separado  Tipo de vivienda: Propia  Arrendada  Familiar  Leasing  Hipoteca  Personas a cargo \_\_\_\_\_  
 Nivel académico: Primaria  Bachillerato  Técnico  Tecnólogo  Profesional  Especialización  Maestría  Profesión \_\_\_\_\_ Curso cooperativismo SI  NO   
 Pertenecer a algún grupo de protección especial constitucional SI  NO  En caso afirmativo indicar a cuál de las siguientes protecciones pertenece:  
 Niños, niñas y adolescentes  Mayores de 60 años  Persona con discapacidad física, mental o sensorial  Víctima del conflicto armado  Persona en condición de pobreza extrema  Pueblos indígenas  Población diversa / LGTBIQ+  Mujer cabeza de familia  Población Afrocolombiana  Otro  Cuál \_\_\_\_\_

**II. INFORMACIÓN LABORAL Y FINANCIERA**

Empresa donde labora \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_  
 Tipo de vinculación: Empleado  Prestación de servicios  Accionista  Arrendador  Pensionado  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: Público  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 desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:  
 ¿Usted es Persona Expuesta Políticaicamente - 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 terminó
		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. DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO FATCA-CRS**

Tiene otra nacionalidad diferente a Colombia SI  NO  No. Pasaporte Extranjero \_\_\_\_\_ Tiene uno o más países de residencia fuera de Colombia SI  NO   
 Ha permanecido por más de 183 días en el último año o 122 días en los últimos tres años en territorio SI  NO  extranjero por el cual recibe algún tipo de ingreso SI  NO

**VI. AUTOCERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA FISCAL**

Es usted ciudadano americano o responsable SI  NO  Si es responsable fiscal en los EEUU, No TIN \_\_\_\_\_ TIN: Numero oficial de registro tributario en el país de origen, equivalente al fiscal (responsable de impuestos) en los EEUU SI  NO  Número de identificación tributaria \_\_\_\_\_ RUT/NIT usado por residentes en el exterior que no tienen seguro social \_\_\_\_\_  
 Es usted responsable fiscal (responsable de impuestos) País \_\_\_\_\_ No TIN \_\_\_\_\_  
 En cualquier otro país diferente a Colombia y los EEUU SI  NO  País \_\_\_\_\_ No TIN \_\_\_\_\_  
 Tiene residencia en el exterior SI  NO  País de residencia \_\_\_\_\_ Dirección residencia en el exterior \_\_\_\_\_

**VII. INFORMACIÓN FAMILIAR**

**CÓNYUGE**  
 Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Tipo de identificación C.C.  C.E.  PAS  No \_\_\_\_\_  
 Sexo M  F  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  Servicios  Temporal  Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso DD \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_  
 Número de hijos \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos completos	Fecha de Nacimiento	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Edad
	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"/>		

**VIII. 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"/>		

**IX. REFERENCIAS**

Nombres y apellidos	Vínculo	Dirección	Ciudad	Teléfono

VIGILADO Supersolidaria



**X. INFORMACIÓN ADICIONAL**

¿Desea adquirir el servicio exequial? Si  NO  Tipo de plan: Gerencial  Mascotas  Abuelos  presidencial  Imperial   
 La participación de COOPERAEL en convenios comerciales solo es de medio y no de resultado, es decir, la garantía de los productos o servicios es directamente responsabilidad del establecimiento o la entidad comercial.

**XI. AUTORIZACIONES**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA EXTRANJERA**

Certifico que la información entregada en este formato se encuentra completa y correcta / Reconozco que la información contenida en este formato y la información respecto a mis cuentas en COOPERAEL (incluyendo la información de los saldos y pagos recibidos) tiene fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de los países, con los cuales Colombia haya celebrado acuerdos de intercambio de información tributaria a través de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o el Standard for Automatic Exchange of Financial Information in Tax Matters (CRS), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables / Certifico que cualquier cambio en mi condición de residencia fiscal (residencia para efecto de impuestos), será notificada a la Entidad dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha en que se haya presentado dicho cambio.

**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 adquiere 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.

**PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (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.  
 Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las instrucciones contenidas en el Título V, Capítulo III de la Circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, referentes a la prevención y control del lavado de activos y de la financiación del terrorismo (SARLAFT) y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva

**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.

**XII. 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.

**DECLARACIÓN DE PARENTESCOS Y PARTES RELACIONADAS**

Declaro que Si  NO  tengo relación de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o único civil con los integrantes del Consejo de Administración, Representantes Legales, integrantes de la Junta de Vigilancia, o respecto de sus cónyuges.

Declaro que Si  NO  soy cónyuge o compañero(a) permanente de un(a) integrante del Consejo de Administración, Representante Legal, integrante de la Junta de Vigilancia.

**ORIGEN DE FONDOS**

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a COOPERAEL, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación. \_\_\_\_\_
2. No admitiré que terceros efectúen depósitos a las cuentas de COOPERAEL, cancelen o prepaguen mis obligaciones, con fondos provenientes de actividades ilícitas o aparentemente lícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Eximo a COOPERAEL, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Los recursos que utilizo para realizar los pagos en COOPERAEL tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
5. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.

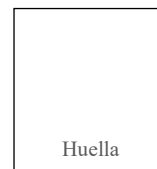
**ACEPTACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN**

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**

Firmo este documento en constancia de haber leído y declarado información verdadera en forma clara y precisa, aceptando las autorizaciones sugeridas en forma libre y voluntaria:

\_\_\_\_\_  
 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					
					<b>ANEXOS</b>
					Formato de Afiliación
					Fotocopia del documento de identidad
					Carta Autorización Descuento

Aprobación \_\_\_\_\_ Aceptada según Acta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CARTA AUTORIZACIÓN DESCUENTO POR NOMINA DE APORTES Y DEMAS CONCEPTOS

Bogotá D.C.

Señores

Dpto. Talento Humano

Ciudad

### REF: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO APORTES Y OTROS CONCEPTOS COOPERAEL

Mediante la presente me permito comunicarles que me he afiliado libre y espontáneamente a la **COOPERATIVA COOPERAEL** a partir del:

Mes: \_\_\_\_\_ Del Año \_\_\_\_\_

Por lo anterior me permito autorizarlos expresamente para que me descuenten de mi salario, honorarios, dividendos, comisiones y/o prestaciones sociales si fuere el caso las sumas de dinero que reporte Quincenalmente y/o Mensualmente la COOPERATIVA COOPERAEL, al responsable de nómina de la Empresa \_\_\_\_\_, producto de los aportes obligatorios, aportes extraordinarios, convenios, pólizas y demás obligaciones que en el futuro llegare a contraer con esta entidad y que igualmente serán reportadas por la COOPERATIVA COOPERAEL.

FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CEDULA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_