



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

**FVA 005**  
 Fecha de Modificación 01-06-2026

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

										DIA	MES	AÑO		
Afiliación <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/> Aporte quincenal \$ _____ Aporte mensual \$ _____										Fecha diligenciamiento				
<b>I. INFORMACIÓN PERSONAL</b>														
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		Identificación CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>						
										N° _____				
Lugar de expedición		Fecha de expedición		Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Edad		Nacionalidad		Sexo	País de residencia	
		DD MM AAAA				DD MM AAAA						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Estado civil		Tipo de vivienda		Estrato		Nivel académico		Curso						
<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)		<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Patrimonio familiar		<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional Ninguno <input type="checkbox"/> Estudia Act. <input type="checkbox"/> Cooperativismo		<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Postgrado Cual: _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a)		<input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/> Hipoteca												
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional														
SI <input type="checkbox"/> Niñ@s y adolescentes <input type="checkbox"/> Mayores de 60 años <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad <input type="checkbox"/> Población LGBTIQ+ <input type="checkbox"/> víctima conflicto armado <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mujer cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Pueblos Indígenas <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Condición de pobreza extrema Otro: _____														
Dirección residencia				Barrio				Ciudad / Departamento		Zona		Tiempo de residencia		
										Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>		DD MM AAAA		
Teléfono fijo		Celular		Correo electrónico				Personas a cargo						
<b>II. INFORMACIÓN LABORAL</b>														
Empresa				Dirección				Teléfono		Ciudad				
Tipo de vinculación		Canal de remuneración		Cargo				Descripción de actividad económica		Código CIU				
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Accionista		<input type="checkbox"/> Nomina <input type="checkbox"/> Acciones												
<input type="checkbox"/> Prestación de servicios		<input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> TAT		Zona, SPT, UAD o Área				Fecha de ingreso		Jornada laboral				
<input type="checkbox"/> Arrendador <input type="checkbox"/> Pensionado		<input type="checkbox"/> Pensión						DD MM AAAA		<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial				
<b>III. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>														
Ingresos mensuales derivados de su actividad				\$ _____		Gastos personales		\$ _____		Activos \$ _____				
Ingresos variables de la actividad principal				\$ _____		Cuotas deudas		\$ _____		Pasivo \$ _____				
Otros ingresos				\$ _____		Descuentos nómina		\$ _____		Patrimonio \$ _____				
Detalle otros ingresos		Es declarante de renta		Activos representados en				Pasivos representados en				Morosidad		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Muebles y enseres <input type="checkbox"/> Bienes raíces <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Crédito consumo <input type="checkbox"/> Libranza				<input type="checkbox"/> Crédito hipotecario <input type="checkbox"/> Créditos con terceros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
				<input type="checkbox"/> Vehículos <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Otros										
<b>IV. INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE – PEP</b>														
Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:														
¿Es usted una persona catalogada como PEP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con alguna característica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
¿Por la actividad u oficio, goza de reconocimiento público? 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"/>														
¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
Nombres completos: _____ identificación _____ Cargo público _____ Fecha vinculación y fecha desvinculación _____														
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
Si alguna de las respuestas es afirmativa, Señale el cargo y las fechas de ejercicio o retiro del mismo														
Cargo público				Personas Expuestas Políticamente (PEPs): Individuos que desempeñan funciones públicas destacadas o que por su cargo, manejan o administran recursos públicos Las personas expuestas políticamente conforme al Decreto 830 del 2021 se definen: Se considerarán como Personas Expuestas Políticamente (PEP) los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones de: expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativas sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos										
Fechas de ejercicio o retiro: _____														
<b>V. INFORMACIÓN DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA</b>														
Realiza Operaciones con moneda extranjera		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Tipo de operación				Posee cuentas en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Exportación <input type="checkbox"/> Importación <input type="checkbox"/> Inversiones		Entidad				N° de cuenta		Ciudad				
		<input type="checkbox"/> Envío y/o recepción de giros y remesas		País				Moneda		Saldo promedio				
<b>VI. DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO FATCA-CRS</b>														
Es usted ciudadano americano o responsable fiscal (responsable de impuestos) en los EEUU SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
Si es responsable fiscal en los EEUU, No TIN _____ TIN: Numero oficial de registro tributario en el país de origen, equivalente al RUT/NIT usado por residentes en el exterior que no tienen seguro social														
Número de identificación tributaria _____														
Es usted responsable fiscal (responsable de impuestos) en cualquier otro país diferente a Colombia y los EEUU SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
País _____ No TIN _____ País _____ No TIN _____ País _____ No TIN _____														
Tiene residencia en el exterior SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
País _____ Dirección _____														
<b>VII. INFORMACION DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE E HIJOS</b>														
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		Identificación CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>						
										N° _____				
Lugar de expedición		Fecha de expedición		Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Edad		Nivel académico		Sexo	Labora	
		DD MM AAAA				DD MM AAAA						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Teléfono		Profesión u ocupación				Empresa				Teléfono empresa		Ciudad		
Cargo actual		Tipo de contrato				Fecha de ingreso				Salario/ingresos				
		<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Destajo <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Aprendizaje				DD MM AAAA								
Nombres y apellidos completos de sus hijos				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"/>								
<b>VIII. REFERENCIAS</b>														
Nombres y apellidos (referencia personal)		Vinculo		Dirección de residencia				Ciudad		Teléfono				
Nombres y apellidos (referencia familiar)		Vinculo		Dirección de residencia				Ciudad		Teléfono				

VIGILADO Supersolidaria



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

**FVA 005**  
Fecha de Modificación 01-06-2026

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

**IX. BENEFICIARIOS**

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

Nombres y apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento	Tipo de identificación	N° 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"/>		

**X. INFORMACIÓN ADICIONAL**

¿Desea adquirir el servicio exequial? SI  NO  Tipo de plan: Gerencial  Mascotas  Abuelos  presidencial  Imperial

COOPERAEL actúa únicamente como intermediario en los convenios comerciales; la garantía y cumplimiento de los productos o servicios son responsabilidad exclusiva del proveedor.

**XI. AUTORIZACIONES**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA EXTRANJERA**

Declaro que la información suministrada en este formato es veraz, completa y actualizada. Autorizo su uso para fines tributarios y el reporte de la información relacionada con mis productos, saldos y operaciones a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y a las autoridades competentes, nacionales o extranjeras, de conformidad con FATCA, CRS y demás normas aplicables. Asimismo, me comprometo a informar a COOPERAEL cualquier cambio en mi residencia fiscal dentro de los dos (2) meses siguientes a su ocurrencia.

**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.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (HABEAS DATA)**

De conformidad con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, el Decreto 1074 de 2015 y demás normas aplicables, autorizo de manera expresa y voluntaria a COOPERAEL para recolectar, almacenar, actualizar, administrar y utilizar mis datos personales con fines legales, contractuales, comerciales y de prestación de servicios. La información suministrada será tratada de forma confidencial y utilizada para dar cumplimiento a las disposiciones de prevención y control del lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT), conforme a las instrucciones contenidas en el Título V, Capítulo III de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia de la Economía Solidaria y demás normas que la modifiquen, adicione o sustituyan.

**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

Huella

**USO EXCLUSIVO DE COOPERAEL**

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