



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

Afilación <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	
Lugar de expedición		Fecha de expedición		Lugar de nacimiento	
Estado civil		Tipo de vivienda		Estrato	
Fecha de nacimiento		Edad		Nacionalidad	
Sexo		País de residencia		Identificación CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	
N°		Curso		Cooperativismo	
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional		Niñ@s y adolescentes		Mayores de 60 años	
NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>		Persona con discapacidad	
Dirección residencia		Barrio		Ciudad / Departamento	
Teléfono fijo		Celular		Correo electrónico	
Zona		Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>		Tiempo de residencia	
Personas a cargo		DD MM AAAA			
II. INFORMACIÓN LABORAL					
Empresa		Dirección		Teléfono	
Tipo de vinculación		Canal de remuneración		Código CIU	
Empleado <input type="checkbox"/> Accionista <input type="checkbox"/>		Nomina <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/>		Código CIU	
Prestación de servicios <input type="checkbox"/> Arrendador <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>		Comisión <input type="checkbox"/> TAT <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/>		Código CIU	
Carga		Descripción de actividad económica		Código CIU	
Zona, SPT, UAD o Área		Fecha de ingreso		Jornada laboral	
DD MM AAAA		<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial			
III. INFORMACIÓN FINANCIERA					
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	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		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"/>	
IV. INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE – PEP					
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?		¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con alguna característica?		Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		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 la actividad u oficio, goza de reconocimiento público?		¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?		Fecha vinculación y fecha desvinculación	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		- - - - -	
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?		Nombres completos:		identificación	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		- - - - -		Código público	
Si alguna de las respuestas es afirmativa, Señale el cargo y las fechas de ejercicio o retiro del mismo		Código público		- - - - -	
Cargo público		- - - - -		- - - - -	
Fechas de ejercicio o retiro:		- - - - -		- - - - -	
<p>Persona Expuesta 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.</p>					
V. INFORMACIÓN DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA					
Realiza Operaciones con moneda extranjera		Tipo de operación		Posee cuentas en moneda extranjera	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Salario <input type="checkbox"/> Exportación <input type="checkbox"/> Importación <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Envío y/o recepción de giros y remesas		Entidad		N° de cuenta	
		País		Moneda	
		Saldo promedio		Ciudad	
VI. DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO FATCA-CRS					
Es usted ciudadano americano o responsable fiscal (responsable de impuestos) en los EEUU		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		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	
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	
País		No TIN		Dirección	
VII. INFORMACION DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE E HIJOS					
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Lugar de expedición		Fecha de expedición		Lugar de nacimiento	
DD MM AAAA		DD MM AAAA		Fecha de nacimiento	
Edad		Nivel académico		Sexo	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Labora	
Teléfono		Profesión u ocupación		Empresa	
Teléfono empresa		Ciudad			
Cargo actual		Tipo de contrato		Fecha de ingreso	
		Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Destajo <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/>		DD MM AAAA	
Salario/ingresos					
Nombres y apellidos completos de sus hijos		Fecha de Nacimiento		Tipo 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"/>	
VIII. REFERENCIAS					
Nombres y apellidos (referencia personal)		Vínculo		Dirección de residencia	
				Ciudad	
Teléfono					
Nombres y apellidos (referencia familiar)		Vínculo		Dirección de residencia	
				Ciudad	
Teléfono					



**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 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.

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 ilícitas, 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		Carta Autorización Descuento	
Fecha de validación en listas para proceso de vinculación		Nombre y cargo de quien valida en listas			
dd	mm	año			
Número de acta		Fecha Aprobación			
	dd	mm	año		
Observaciones					



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

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: _____