



RECOMENDACIONES: *Diligenciar el formulario en tinta negra sin tachones, enmendaduras, adjuntando la documentación requerida *Solicitud que no esté debidamente diligenciada y con los documentos requeridos, no entrará para estudio *La recepción de los documentos no implica aprobación.

TIPO DE AFILIACIÓN: PRIMERA VEZ REAFILIACIÓN

CIUDAD	OFICINA	FECHA VINCULACIÓN
		DD MM AA

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS										SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
TIPO DE DOCUMENTO			NÚMERO			EXPEDIDA EN		EDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN					
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>									DD MM AA					
FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL (SELECCIONE)				NIVEL EDUCATIVO						
DD	MM	AA		SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	U. LIBRE <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	BACHILLER <input type="checkbox"/>	TÉCNICO <input type="checkbox"/>	TECNÓLOGO <input type="checkbox"/>	PREGRADO <input type="checkbox"/>	POSGRADO <input type="checkbox"/>
ESTRATO	TIPO DE VIVIENDA		DIRECCIÓN DOMICILIO				DEPARTAMENTO		MUNICIPIO / CIUDAD		ZONA UBICACIÓN			
	PROPIA <input type="checkbox"/>	ARRIENDO <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>							LOCALIDAD BARRIO				
CORREO ELECTRÓNICO				CELULAR				TELÉFONO		NO. DE HIJOS				
OCUPACIÓN (MARQUE UNA O VARIAS)							ACTIVIDAD PRINCIPAL CIUJ		DESCRIPCIÓN DEL CIUJ					
ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>														
DETALLE DE OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN							CABEZA DE HOGAR		NO. DE PERSONAS A CARGO					
							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							

1.1 DATOS DEL TUTOR EN CASO DE REALIZAR AFILIACIÓN DE MENOR DE EDAD

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR (TUTOR)	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>	

2. DATOS LABORALES DEL SOLICITANTE O TUTOR

NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	DETALLE DE ACTIVIDAD DE LA EMPRESA	CARGO
	PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> OTRA, CUAL?	
DIRECCIÓN DE EMPRESA O NEGOCIO	CIUDAD	BARRIO
		TELÉFONO

¿MANEJA DINERO DEL ESTADO O ES UNA PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP)? SI NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL SOLICITANTE O TUTOR

TOTAL INGRESOS MENSUALES	TOTAL ACTIVOS (Muebles o inmuebles)
TOTAL GASTOS MENSUALES	TOTAL PASIVOS (Deudas personales)
FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA SUMINISTRADA	DECLARA RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DD MM AA	
Declaro de manera voluntaria e irrevocable que mis recursos y/o los recursos que manejo provienen de las actividades que relaciono a continuación y provienen de actividades legales:	

4. DATOS CONYUGE

NOMBRES Y APELLIDOS	DETALLE DE OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN		
	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>		
	RENTISTA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	EXPEDIDA EN	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>			DD MM AA
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO O NEGOCIO		CIUDAD	BARRIO
			TELÉFONO

¿MANEJA DINERO DEL ESTADO O ES UNA PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP)? SI NO

5. REFERENCIAS

POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ DE NOSOTROS	REDES SOCIALES <input type="checkbox"/> FAMILIAR / AMIGO <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> MEDIOS IMPRESOS <input type="checkbox"/>	NOMBRES Y APELLIDOS <small>EN CASO DE ESTAR REFERIDO POR ALGUIEN DILIGENCIAR</small>	DIRECCIÓN	TELÉFONO
PERSONAL	NOMBRES Y APELLIDOS		DIRECCIÓN	TELÉFONO
FAMILIAR	NOMBRES Y APELLIDOS		DIRECCIÓN	PARENTESCO
				TELÉFONO

6. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. DECLARO QUE EL ORIGEN DE LOS BIENES, RECURSOS O FONDOS DISPUESTOS PARA LA APERTURA DE ESTA CUENTA, PROVIENEN DE ACTIVIDADES LÍCITAS, LAS CUALES RELACIONO A CONTINUACIÓN

Y NO ACEPTO COMO PROPIOS LOS DEPÓSITOS, O PAGOS QUE A MI CUENTA EFECTÚEN TERCEROS CON DINERO PROVENIENTE DE ACTIVIDADES ILÍCITAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO O EN CUALQUIER NORMA QUE LO MODIFIQUE O ADICIONE, NI EFECTUARE TRANSACCIONES DESTINADAS A TALES ACTIVIDADES A FAVOR DE PERSONAS RELACIONADAS CON LAS MISMAS. AUTORIZO DE MANERA EXPRESA, PERMANENTE E IRREVOCABLE A COOPCREDIQUINTAS O A QUIEN REPRESENTE SUS DERECHOS U OSTENTE EN EL FUTURO LA CALIDAD DE ACREEDOR PARA: 1) VERIFICAR LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA A TRAVÉS DE CUALQUIER MEDIO QUE CONSIDERE CONVENIENTE. 2) REPORTAR, ALMACENAR, ACTUALIZAR, CONSULTAR, PROCESAR, COMPILAR, INTERCAMBIAR, SUMINISTRAR, GRABAR, SOLICITAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE CARÁCTER PERSONAL NO SENSIBLE Y/O FINANCIERA ANTE CUALQUIER OPERADOR, CENTRALES DE INFORMACIÓN DEL SECTOR FINANCIERO, BASES DE INFORMACIÓN O CUALQUIER OTRA ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASES DE DATOS CON LOS MISMOS FINES, TODA LA INFORMACIÓN DERIVADA DE CUALQUIER TIPO DE OPERACIÓN QUE CELEBRE CON COOPCREDIQUINTAS, CON FINES ESTADÍSTICOS, DE CONTROL, SUPERVISIÓN, PRUEBAS DE MERCADEO, ACTUALIZACIÓN O VERIFICACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE CONFORMIDAD CON LO PRECEPTUADO EN LA LEY DE HABEAS DATA Y DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES LO ANTERIOR IMPLICA QUE EL CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES SE REFLEJARÁ EN LAS MENCIONADAS BASES DE DATOS EN DONDE SE CONSIGNAN DE MANERA COMPLETA TODOS LOS DATOS REFERENTES A MI ACTUAL, PASADO Y FUTURO COMPORTAMIENTO FRENTE AL SECTOR FINANCIERO Y EN GENERAL FRENTE AL COMPORTAMIENTO DE MIS OBLIGACIONES 3) DEBITAR DE MI(S) CUENTA(S) ABIERTAS EN ESTA, TODOS LOS VALORES ORIGINADOS EN LAS OPERACIONES Y SERVICIOS QUE COOPCREDIQUINTAS ME SUMINISTRE. DECLARO QUE: 1) ME COMPROMETO A ACTUALIZAR ANUALMENTE, Y CUANDO ME LO SOLICITEN, LA INFORMACIÓN DE ESTE FORMULARIO Y PRESENTAR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR COOPCREDIQUINTAS. 2) ME RESERVO EL DERECHO A CONOCER, ACTUALIZAR, RECTIFICAR, MODIFICAR, ELIMINAR, LA INFORMACIÓN DE CARÁCTER PERSONAL ASÍ COMO A SOLICITAR POR CUALQUIER MEDIO A COOPCREDIQUINTAS NO UTILIZAR O REVOCAR MI INFORMACIÓN PERSONAL 3) CONOZCO MIS DERECHOS Y OBLIGACIONES DERIVADOS DE LA LEY DE HABEAS DATA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. 4) COOPCREDIQUINTAS ME HA INFORMADO LOS CANALES DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE LOS CUALES PUEDO ACCEDER PARA CONOCER LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS NORMAS ANTES CITADAS. 5) TAMBIÉN AUTORIZO A COOPCREDIQUINTAS A CONSULTARME EN LAS LISTAS RESTRICTIVAS Y OTRAS BASES DE DATOS QUE UTILICE PARA FINES DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y SARLAFT 6) AUTORIZO A COOPCREDIQUINTAS PARA ENVIARME INFORMACIÓN SOBRE MI ESTADO DE CUENTA POR MEDIO ESCRITO, CORREO ELECTRÓNICO, MENSAJES DE TEXTO, DE VOZ VÍA CELULAR Y CUALQUIER OTRO MEDIO DE COMUNICACIÓN PERTINENTE.

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PERMITO SOLICITAR MI INGRESO COMO ASOCIADO (A); ME DECLARO CONFORME CON LAS NORMAS, OBJETIVOS, ESTATUTOS Y REGLAMENTOS QUE LA RIGEN. ACEPTO MIS DEBERES COMO ASOCIADO Y ME COMPROMETO A ACATAR LA NORMATIVIDAD VIGENTE. A CONTINUACIÓN SUMINISTRO MI INFORMACIÓN DE DATOS PERSONALES, ESTOS PODRÁN SER PROCESADOS, RECOLECTADOS, ALMACENADOS, USADOS, CIRCULADOS, SUPRIMIDOS, COMPARTIDOS, ACTUALIZADOS, TRANSMITIDOS, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD SEÑALADAS SEGUN SEAN APLICABLES, PRINCIPALMENTE PARA HACER POSIBLE LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS, PARA REPORTES A AUTORIDADES DE CONTROL, VIGILANCIA Y ADEMÁS DE USO PARA FINES ADMINISTRATIVOS, COMERCIALES, DE PUBLICIDAD Y CONTACTO FRENTE A LOS TITULARES DE LOS MISMOS. AUTORIZO A COOPCREDIQUINTAS PARA HACER USO DE LAS IMÁGENES DE MI PERSONA O MI REPRESENTADO, PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES QUE REALICE, PARA PUBLICAR EN LA PÁGINA WEB, REVISTA, REDES SOCIALES U OTROS MEDIOS QUE LA COOPERATIVA UTILICE PARA SU PUBLICIDAD.

7. BENEFICIARIOS DE LOS APORTES

NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	A CARGO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	TELEFONO	%

DECLARO QUE ES MI DESEO Y ES MI VOLUNTAD QUE DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA LEY EN CASO DE FALLECIMIENTO, MIS APORTES Y EL AUXILIO QUE ME PUEDA CORRESPONDER SEGÚN LO DETERMINADO EN EL REGLAMENTO QUE SE ENCUENTRE VIGENTE, SEAN ENTREGADOS A LA (S) PERSONA(S) QUE ANTERIORMENTE RELACIONÉ.

8. FIRMA Y HUELLA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERAZ; Y HABIENDO LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO EN CONSTANCIA:	
_____ FIRMA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL	_____ EN CASO DE MENOR DE EDAD FIRMA DE LA MADRE O DEL PADRE
	HUELLA ÍNDICE DERECHO

9. RESULTADO PROCESO DE AFILIACIÓN

FECHA			
DD	MM	AA	
OBSERVACIONES:			
_____ FIRMA DE QUIEN RECIBE SOLICITUD		_____ FIRMA DE QUIEN APRUEBA SOLICITUD	

10. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

FECHA	CONFIRMACIÓN DATOS LABORALES	RESULTADO	
DD	MM	AA	
CONFIRMACIÓN REFERENCIA PERSONAL Y/O FAMILIAR			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO
_____ NOMBRE Y FIRMA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO		_____ NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE OFICINA	