

ANEXAR PARA TODOS LOS CASOS:

Fotocopia de la cédula ampliada al 150%. Adicionalmente,

Si es empleado: Certificación laboral no mayor a 30 días, o los dos últimos desprendibles de pago, o declaración de renta.

Si es pensionado: Último desprendible de pago o copia de la resolución de la pensión.

Si es independiente: Declaración de renta y/o certificado de ingresos por contador y/o Cámara de Comercio y Rút.

AFILIACIÓN PERSONA NATURAL

FECHA DE CORTE 10 20 NÓMINA/PENSIÓN	CÓDIGO	OFICINA DE ATENCIÓN
---	---------------	----------------------------

INFORMACIÓN PERSONAL											
1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		GÉNERO F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	EDAD	FACTOR R.H.	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		TIPO	FECHA DE EXPEDICIÓN D M A		LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO D M A		CIUDAD Y DEPARTAMENTO			
ESTADO CIVIL CASADO <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> UNIÓN LIBRE <input type="radio"/> VIUDO <input type="radio"/> SEPARADO <input type="radio"/>			NIVEL DE ESTUDIOS NINGUNO <input type="radio"/> PRIMARIA <input type="radio"/> SECUNDARIA <input type="radio"/> UNIVERSITARIO <input type="radio"/> TÉCNICO/TECNOLÓGICO <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> ¿CUÁL? _____								
PROFESIONAL EN:			TIPO DE VIVIENDA PROPIA <input type="radio"/> ARRIENDO <input type="radio"/> FAMILIAR <input type="radio"/> OTRA <input type="radio"/>		ESTRATO	¿ES CABEZA DE HOGAR? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		PERSONAS A CARGO			
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: EMPLEADO <input type="radio"/> PENSIONADO <input type="radio"/> NEGOCIO <input type="radio"/>			¿QUE TIPO DE NEGOCIO O MICROEMPRESA?			RENTAS DE CAPITAL		CÓDIGO CIU			
MICROEMPRESA <input type="radio"/> HOGAR <input type="radio"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="radio"/>			¿DEPENDE DE OTRO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿DE QUÉN?		DIRECCIÓN DEL NEGOCIO O MICROEMPRESA		TELÉFONO		

INFORMACIÓN LABORAL									
EMPRESA				CARGO		TEL. FIJO		CELULAR	
DIRECCIÓN		BARRIO	LOCALIDAD	CIUDAD/DEPARTAMENTO			TIPO DE CONTRATO FIJO <input type="radio"/> INDEFINIDO <input type="radio"/> OBRA O LABOR <input type="radio"/>		
FECHA DE INGRESO D M A		FECHA DE VENCIMIENTO D M A		INGRESOS \$	E-MAIL		SALARIO INTEGRAL SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		PRESTACIÓN DE SERVICIOS <input type="radio"/> TEMPORAL <input type="radio"/>
CARRERAS ADMINISTRATIVAS <input type="radio"/>									

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA										
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO/CIUDAD	DIRECCIÓN				BARRIO/LOCALIDAD		VIVE EN ARRIENDO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
TEL. FIJO		CELULAR		E-MAIL						
NOMBRE Y APELLIDO DEL ARRENDATARIO/FAMILIAR					TEL. FIJO		CELULAR		PARENTESCO	

GRUPO FAMILIAR									
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
C.C.	T.I.	C.E.	R.C.			DÍA	MES	AÑO	

INFORMACIÓN FINANCIERA									
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?			SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿CUÁLES?				
POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?			SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		BANCO		No. DE CUENTA		
CIUDAD/PAÍS				¿DECLARA RENTA? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		DIRECCIÓN PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA			
INGRESOS MENSUALES DE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL \$							OTROS INGRESOS \$		

DESCRIPCIÓN DE OTROS INGRESOS:									
CUENTAS BANCARIAS	ENTIDAD		No. DE CUENTA			FECHA DE APERTURA		TIPO DE CUENTA	
BIENES RAÍCES INMUEBLES	DESCRIPCIÓN		MATRÍCULA	VALOR COMERCIAL		VALOR HIPOTECA		DIRECCIÓN/CIUDAD	
VEHÍCULOS Y MAQUINARIAS	DESCRIPCIÓN		MARCA	MODELO	PLACA	VALOR COMERCIAL		VALOR HIPOTECA	
OTROS BIENES (INVERSIONES U OTROS)	DESCRIPCIÓN			ENTIDAD		UBICACIÓN		VALOR	
CRÉDITOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES	ENTIDAD		SALDO		VALOR CUOTA		FECHA DE TERMINACIÓN		TIPO DE CRÉDITO
TARJETA DE CRÉDITO	ENTIDAD		No. DE TARJETA		FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE VENCIMIENTO		CUPO

INGRESOS				EGRESOS O GASTOS MENSUALES			
CONCEPTO		VALOR		CONCEPTO		VALOR	
SUELDO BÁSICO MENSUAL				GASTOS DE SOSTENIMIENTO			
MESADA PENSIONAL				ARRIENDOS			
OTROS INGRESOS MENSUALES ¿CUALES?				OTROS GASTOS			
INGRESOS CÓNYUGE				CRÉDITOS / CUOTA MENSUAL			
OTROS INGRESOS MENSUALES CÓNYUGE ¿CUALES?							
TOTAL INGRESOS				TOTAL EGRESOS			

ACTIVOS	VALOR	PASIVOS	VALOR
VEHÍCULOS	\$	OBLIGACIONES FINANCIERAS	\$
INMUEBLES	\$	CUENTAS POR PAGAR	\$
OTROS ACTIVOS	\$	OTROS PASIVOS	\$
TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$

REFERENCIAS				
	NOMBRE Y APELLIDOS	DIRECCIÓN / BARRIO	CIUDAD	TELÉFONO
PERSONALES				
FAMILIARES				
COMERCIALES				

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO ¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? SI NO

Si respondió afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, por favor especifique cuál:

¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta? SI NO , en caso de de diligenciar SI, por favor indique el nombre

INFORMACIÓN GENERAL

¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN EN EL SECTOR COOPERATIVO? SI NO ¿QUE NIVEL? BÁSICO MEDIO AVANZADO

¿TIENE PARENTESCO CON ALGÚN DIRECTIVO DE LA COOPERATIVA? SI NO ES DIRECTIVO SI NO

¿PARENTESCO? _____ NOMBRES Y APELLIDOS _____

¿QUE CARGO DESEMPEÑA EL DIRECTIVO? CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN JUNTA DE VIGILANCIA REVISORÍA FISCAL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO REPRESENTANTE LEGAL

ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE COMPETITIVO NIVEL APRENDIZAJE

¿COMO SE ENTERÓ DE LA COOPERATIVA? REFERENCIA PÁGINA WEB OFICINA VISITA A ASESOR EVENTOS TELEFÓNICAMENTE CAMPAÑAS OTRO ¿CUÁL? _____

ES USTED REFERIDO POR UN ASOCIADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASOCIADO _____ C.C. _____ TELÉFONO _____

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Certifico y autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito **ALCALICOOP** a verificar la información proporcionada, incluyendo referencias personales, laborales y bancarias con el fin de validar mi afiliación y cualquier solicitud de crédito o servicio financiero que realice en el futuro.

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____ identificado (a) con tipo de documento de identidad _____ N° _____ expedido en _____ actuando en nombre propio y/o en representación legal de _____ con tipo de documento de identidad _____ N° _____ declaro bajo la gravedad de juramento que los recursos que utilizaré en las transacciones con **ALCALICOOP** provienen de actividades lícitas, conforme a las leyes vigentes en Colombia, específicamente de: (detallar ocupación, oficio, profesión, actividades, negocios, etc.) _____ Adicionalmente, manifiesto que: 1. Los fondos y recursos depositados en **ALCALICOOP** están directamente relacionados con el desarrollo de mis actividades económicas legales. 2. No participo, ni he participado, en actividades ilícitas, tales como el lavado de activos o la financiación del terrorismo, ni en ninguna otra actividad contemplada en el Código Penal Colombiano. 3. Los datos y documentos que he proporcionado a **ALCALICOOP** son verídicos, completos y están debidamente actualizados. 4. Autorizo a **ALCALICOOP** a verificar la información suministrada con las autoridades competentes, en cumplimiento de las normativas de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) 5. No permitiré que terceros realicen transacciones en mi nombre con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a actividades ilegales o a personas vinculadas con ellas. 6. Me comprometo a informar de inmediato cualquier cambio o circunstancia que modifique la información declarada en este documento. 7. De acuerdo con el Estatuto de **ALCALICOOP**, me comprometo a actualizar mis datos e información por lo menos una (1) vez al año o cuando sea requerido por **ALCALICOOP**. 8. Autorizo a **ALCALICOOP** a cancelar cualquier vínculo jurídico en caso de incumplir cualquiera de los compromisos y obligaciones aquí contenidos, o si mi nombre o el de la entidad que represento aparece en listas de control de riesgo o de lavado de activos y financiación del terrorismo, tanto a nivel nacional como internacional, que consulte **ALCALICOOP**.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Las partes declaran que tienen conocimiento y han adoptado las medidas necesarias para dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de protección de datos personales, Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, y demás disposiciones concordantes o complementarias, que las modifiquen, adicionen, reglamenten o sustituyan. Por tanto, Las partes se obligan a tratar los datos personales que recauden y que le sean entregados en virtud de la ejecución del objeto del presente anexo, única y exclusivamente para la finalidad por la cual sean entregados.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE CENTRALES DE RIESGO Y LISTAS RESTRICTIVAS

Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo a **ALCALICOOP** para que procese, administre, colecciona, archive, reporte o transmita la información comercial y financiera que reciba u obre en su poder sobre el suscrito y para que recolecte, consulte o reporte en las diferentes centrales de riesgo y listas restrictivas, la información sobre mi comportamiento crediticio, legal y respecto del cumplimiento de cualquier obligación civil o natural a mi cargo; así mismo para reportar a terceros tales datos, dando cumplimiento a lo contemplado en la Ley 1266 de 2008.

De manera expresa, concreta, suficiente y voluntaria, en calidad de titular (es) de la información, AUTORIZAMOS Y/O AUTORIZO, a la Cooperativa de Ahorro y Crédito **ALCALICOOP** con Nit. 860.009.359-1, con domicilio en la Cra 10 N° 12-57 barrio La Esmeralda – Zipaquirá a acceder a mis datos personales contenidos en la base de datos de Mareigua Ltda. (Mareigua Ltda. Con Nit. 800.167.353-4), Aportes en Línea (Aportes en Línea S.A. Nit. 900.147.238-2), Colfondos y/o Administradoras de Pensiones y demás operadores de información de Seguridad Social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, a mis datos personales recolectados por medio del presente formulario, y a mis datos personales contenidos en la base de datos de Centrales de Información Crediticia (Operador de Información Crediticia), en adelante mi información personal, para darle tratamiento en los términos expresados en la Política de Tratamiento de la Información Personal de **ALCALICOOP** y/o Centrales de Información Crediticia y para finalidades de gestión de riesgo crediticio tales como: (I) Elaboración y circulación a terceros de scores crediticios, herramientas de validación de ingresos, herramientas predictivas de ingresos, herramientas para evitar el fraude y en general, herramientas que le permitan a los suscriptores de Centrales de Información Crediticia, adelantar una adecuada gestión del riesgo crediticio. (II) Compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticia, de servicios y proveniente de terceros países de Centrales de Información Crediticia. (III) Compararla, contrastarla y complementarla con la información personal de Centrales de Información Crediticia.

FIRMA Y HUELLA

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que sea solicitado. Autorizo que mis huellas digitales sean utilizadas con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos y control de identidad. Así mismo, declaro que cuento con las autorizaciones para el tratamiento de los datos personales de los terceros registrados en este formato para compartir sus datos y realizar las finalidades informadas.

AUTORIZACIÓN CANALES DE COMUNICACIÓN

Autorizo para que **ALCALICOOP**, y/o la persona que ésta designe pueda efectuar las gestiones requeridas de cobranza de mis obligaciones financieras y/o gestión comercial, contactandome a través de los siguientes canales de comunicación: (Los datos a tener en cuenta para los canales de comunicación establecidos serán los que he suministrado al momento de mi vinculación y/o actualización como cliente/proveedor/asociado, dando cumplimiento a la Ley 2300 del 2023.)

Llamada telefónica Mensaje de WhatsApp Correo Electrónico Mensaje de Texto

Comunicación Física a la Dirección Registrada Todas las anteriores

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

FIRMA ASOCIADO Y C.C. HUELLA FIRMA TUTOR, CURADOR O APODERADO HUELLA

La organización podrá usar mecanismos electrónicos alternativos Que garanticen la verificación de autenticación de la solicitud de acuerdo con lo señalado en la ley 527 de 1999

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA COOPERATIVA	OBSERVACIONES
PROMOTOR: _____ INGRESADO Y VERIFICADO POR: _____ FIRMA: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____ FECHA: _____ HORA: _____ ENTREVISTA: _____ REVISADO: _____ FIRMA: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____ FECHA: _____ HORA: _____	_____ _____ _____ _____ _____

APROBADO EN EL ACTA _____ EL DÍA _____ DEL MES _____ AÑO _____

DIRECCIÓN GENERAL: Cra. 10 No. 12 - 57, B. La Esmeralda - Zipaquirá • PBX: (601) 888 2498
OFICINA CAJICA: Cra. 4 No. 2 - 50, Parque Principal • Tels.: (601) 883 2832 • Cel.: 317 423 1634
OFICINA PACHO: Cra. 16 No. 6-60 • Cel.: 315 848 7420 - 300 571 5796
www.alcalicoop.coop