

AFILIACIÓN PERSONA NATURAL

FECHA DE CORTE
10 | 20 | NÓMINA / PENSIÓN

CÓDIGO

OFICINA DE ATENCIÓN

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 Rut.

INFORMACIÓN PERSONAL

1er. APELLIDO			2do. APELLIDO			1er. NOMBRE			2do. NOMBRE		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE DOC	FECHA DE EXPEDICIÓN D M A		LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO D M A		CIUDAD Y DEPTO DE NACIMIENTO		GÉNERO M ☐ F ☐ OTRO _____		
ESTADO CIVIL CASADO ☐ SOLTERO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐				NIVEL DE ESTUDIOS NINGUNO ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ UNIVERSITARIO ☐ OTRO ☐ ¿CUÁL? _____							
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: EMPLEADO ☐ PENSIONADO ☐ NEGOCIO/EMPRESA ☐ INDEPENDIENTE ☐ RENTISTA DE CAPITAL ☐ DEPENDE ECONÓMICAMENTE ☐				PROFESIONAL EN:		TIPO DE VIVIENDA PROPIA ☐ ARRIENDO ☐ FAMILIAR ☐ OTRA ☐ ¿CUÁL? _____			ESTRATO		¿ES CABEZA DE HOGAR? SI ☐ NO ☐
				CÓDIGO CIU		¿QUÉ TIPO DE NEGOCIO O MICROEMPRESA?		DIRECCIÓN DEL NEGOCIO O MICROEMPRESA		TELÉFONO	

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA

PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/CIUDAD	DIRECCIÓN		BARRIO/LOCALIDAD
TEL. FIJO.	CELULAR	E-MAIL			
VIVE EN ARRIENDO/FAMILIAR SI ☐ NO ☐	NOMBRE Y APELLIDO DEL ARRENDATARIO/FAMILIAR			CELULAR	PARENTESCO

GRUPO FAMILIAR

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	¿ES AFILIADO A ALCALICOOP? SI ☐ NO ☐
C.C.	T.I.	C.E.	R.C.			DÍA	MES	AÑO		
										SI ☐ NO ☐
										SI ☐ NO ☐
										SI ☐ NO ☐

INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA			CARGO			TEL. FIJO		CELULAR	
DIRECCIÓN			CIUDAD/DEPARTAMENTO			BARRIO/LOCALIDAD		TIPO DE CONTRATO FIJO ☐ INDEFINIDO ☐ OBRA O LABOR ☐ PRESTACIÓN DE SERVICIOS ☐ OTRO ☐	
FECHA DE INGRESO D M A		E-MAIL		¿DECLARA RENTA? SI ☐ NO ☐			¿CUÁL?		

INFORMACIÓN FINANCIERA

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

ACTIVOS		PASIVOS	
CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
VEHÍCULOS		OBLIGACIONES FINANCIERAS	
INMUEBLES		CUENTAS POR PAGAR	
OTROS ACTIVOS ¿CUALES?		OTROS PASIVOS ¿CUALES?	
TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	

BIENES RAÍCES INMUEBLES	DESCRIPCIÓN	MATRÍCULA	VALOR COMERCIAL	VALOR HIPOTECA	DIRECCIÓN/CIUDAD

VEHÍCULOS Y MAQUINARIAS	DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	PLACA	VALOR	PIGNORADO
						SI ☐ NO ☐
						SI ☐ NO ☐

OTROS BIENES (INVERSIONES U OTROS)	DESCRIPCIÓN	ENTIDAD	UBICACIÓN	VALOR

REFERENCIAS

NOMBRE Y APELLIDO		DIRECCIÓN / BARRIO	CIUDAD	TELÉFONO
FAMILIARES				
PERSONALES				
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 CARGO U OFICIO GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?

SI ☐ NO ☐

SI RESPONDÍO AFIRMATIVAMENTE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR ESPECIFIQUE CUÁL:

¿ES FAMILIAR DE UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEP)? SI ☐ NO ☐ EN CASO DE DILIGENCIAR SI, POR FAVOR INDIQUE EL NOMBRE Y SU DOCUMENTO:

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____, identificado(a) con _____ No. _____ expedido en _____, actuando en nombre propio y/o en representación legal de _____, identificado(a) con _____ No. _____, declaro bajo la gravedad de juramento que los recursos, fondos y bienes que utilizaré en las operaciones y transacciones con ALCALICOOP provienen de actividades lícitas, desarrolladas conforme a la legislación colombiana, y corresponden a: _____
Así mismo manifiesto que los recursos que manejaré a través de ALCALICOOP provienen directamente del desarrollo de actividades económicas lícitas; que no he participado ni participo en actividades relacionadas con lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, ni en ninguna otra actividad ilícita; que la información, datos y documentos suministrados son veraces, completos y actualizados; que autorizo a ALCALICOOP para verificar la información suministrada ante las autoridades competentes y demás fuentes legalmente autorizadas; y que me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio que modifique la información aquí declarada, así como a actualizarla por lo menos una (1) vez al año o cuando sea requerido por la cooperativa.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR EN CENTRALES DE INFORMACIÓN Y LISTAS RESTRICTIVAS

Con la firma del presente formulario autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a ALCALICOOP para consultar, verificar, recolectar, procesar, administrar, reportar y actualizar la información personal, financiera, comercial, crediticia y legal que repose en centrales de información legalmente autorizadas, listas restrictivas, bases de datos públicas y demás fuentes permitidas por la ley, con el fin de adelantar procesos de vinculación, conocimiento del asociado, validación de identidad, análisis de perfil y score crediticio, prevención de riesgos, prevención de fraude y cumplimiento de obligaciones legales y regulatorias aplicables a la cooperativa. Declaro que conozco que dicha consulta podrá realizarse durante el proceso de estudio de vinculación y durante el desarrollo de la relación contractual o asociativa con ALCALICOOP, en los casos legalmente procedentes.

INFORMACIÓN GENERAL

¿TIENE PARENTESCO CON ALGÚN DIRECTIVO DE LA COOPERATIVA?

SI ☐ NO ☐

¿QUÉ CARGO DESEMPEÑA EL DIRECTIVO?

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN ☐ JUNTA DE VIGILANCIA ☐ REVISORÍA FISCAL ☐
OFICIAL DE CUMPLIMIENTO ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐

PARENTESCO _____

NOMBRE Y APELLIDO _____

DOCUMENTO _____

¿CÓMO CONOCIÓ ALCALICOOP?

REFERIDO POR ASOCIADO ☐ OFICINA ☐ VISITA ASESOR ☐ EVENTO ☐ CAMPAÑA ☐ OTRO: _____ ACTIVIDAD QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE _____

EN CASO DE HABER SIDO REFERIDO POR UN SOCIADO, DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASOCIADO: _____ C.C.: _____ TELÉFONO: _____

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

ALCALICOOP, identificada con NIT 860.009.359-1, con domicilio principal en la Cra. 10 No. 12-57, barrio La Esmeralda, Zipaquirá, correo electrónico: protecciondedatos@alcalicoop.coop, teléfono: (601) 888 2498 ext. 118, en calidad de responsable del Tratamiento, informa que los datos personales recolectados mediante el presente formulario serán tratados conforme a la Ley 1581 de 2012, al Decreto 1074 de 2015 y a la Política de Tratamiento de la Información de ALCALICOOP. Los datos personales serán utilizados para las siguientes finalidades: a) gestionar el proceso de vinculación y registro como asociado; b) validar y actualizar la información suministrada; c) estudiar, ofrecer, administrar y hacer seguimiento a productos y servicios cooperativos, financieros, sociales, de bienestar, educación y solidaridad; d) cumplir obligaciones legales, estatutarias, contractuales y regulatorias aplicables a ALCALICOOP; e) prevenir el fraude, gestionar riesgos, verificar identidad y realizar controles de seguridad; f) atender peticiones, consultas, reclamos, requerimientos de autoridades y actuaciones internas de control; g) realizar gestiones de contacto, envío de información operativa, administrativa, contractual, legal y de servicio; h) efectuar procesos de archivo, custodia, conservación documental y actualización histórica de la relación con el asociado; i) compartir información con encargados del tratamiento, proveedores y aliados que presten servicios necesarios para la operación de ALCALICOOP, bajo deber de confidencialidad y únicamente para finalidades autorizadas o legalmente permitidas. Como titular de la información, me asisten los derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, conocer el uso que se ha dado a mis datos, revocar la autorización cuando proceda y presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, previa observancia del trámite legal correspondiente. Para ejercer mis derechos podré dirigirme al área responsable de protección de datos personales de ALCALICOOP a través del correo protecciondedatos@alcalicoop.coop, en la dirección Cra. 10 No. 12-57, barrio La Esmeralda, Zipaquirá, o al teléfono (601) 888 2498 ext. 118. La Política de Tratamiento de la Información podrá ser consultada en www.alcalicoop.com o en la dirección principal de ALCALICOOP. Con la firma del presente formato, autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a ALCALICOOP para recolectar, almacenar, usar, circular, actualizar, verificar, transmitir y, cuando legalmente corresponda, suprimir mis datos personales, para las finalidades aquí informadas y por el tiempo necesario para su cumplimiento, sin perjuicio de los deberes de conservación legal o contractual aplicables.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES Y DATOS BIOMÉTRICOS

De conformidad con la Ley 1581 de 2012, declaro que he sido informado(a) de que los datos sensibles son aquellos que pueden afectar mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación, incluyendo, entre otros, los datos biométricos como la huella dactilar. He sido informado(a) de manera clara y expresa que: a) el suministro de datos sensibles es facultativo; b) no estoy obligado(a) a autorizar su tratamiento; c) mi decisión de no autorizar el tratamiento de datos sensibles no podrá generar tratos discriminatorios, sin perjuicio de aquellos eventos en que exista deber legal o necesidad objetiva y proporcional debidamente justificada. Autorizo de manera libre, previa, expresa, informada y específica a ALCALICOOP para tratar mi huella dactilar exclusivamente con las siguientes finalidades: 1) validación de identidad; 2) control de autenticidad del trámite de vinculación, actualización o solicitud; 3) prevención de fraude o suplantación; 4) soporte probatorio de actuaciones autorizadas por el titular. ALCALICOOP se obliga a no utilizar mis datos biométricos para finalidades distintas a las aquí autorizadas, a no compartirlas con terceros sin autorización o habilitación legal, a implementar medidas reforzadas de seguridad y confidencialidad, y a suprimirlos o bloquearlos cuando dejen de ser necesarios para la finalidad autorizada, sin perjuicio de la conservación exigida por normas legales o contractuales.

DECLARACIÓN SOBRE DATOS PERSONALES DE TERCEROS

Declaro que, en caso de suministrar a ALCALICOOP datos personales de terceros mediante el presente formulario o sus anexos, cuento con la autorización previa del titular de dichos datos o con la habilitación legal correspondiente para compartirllos. Así mismo, manifiesto que les he informado, o me obligo a informarles, sobre la finalidad de la entrega de sus datos a ALCALICOOP y sobre la posibilidad de consultar la Política de Tratamiento de la Información de la cooperativa y ejercer sus derechos en los canales dispuestos para ello. ALCALICOOP tratará los datos de terceros incorporados en este formulario únicamente para las finalidades legítimas relacionadas con la vinculación, validación, referenciación, gestión de riesgos, cumplimiento normativo y demás actividades autorizadas o permitidas por la ley.

AUTORIZACIÓN DE CANALES DE COMUNICACIÓN

Autorizo a ALCALICOOP para contactarme a través de llamada telefónica, mensaje de texto, WhatsApp, correo electrónico y comunicación física a la dirección registrada, con el fin de enviarme información relacionada con mi proceso de vinculación, actualización de datos, estado de mis productos y servicios, obligaciones contractuales, requerimientos legales, avisos de seguridad, educación cooperativa, atención de solicitudes, notificaciones permitidas por la ley y demás comunicaciones necesarias para el desarrollo de la relación con ALCALICOOP.

Autorización para fines comerciales y de mercadeo: SI ☐ autorizo NO ☐ autorizo, En caso de marcar "Sí autorizo", ALCALICOOP podrá enviarme por los canales antes descritos información sobre campañas, beneficios, promociones, convenios, eventos, nuevos productos o servicios y demás actividades comerciales o de fidelización. El titular podrá modificar en cualquier momento sus preferencias de contacto para fines comerciales, sin afectar las comunicaciones necesarias, legales, operativas o de seguridad.

CONSULTAS Y RECLAMOS EN MATERIA DE DATOS PERSONALES

El titular, sus causahabientes o su representante podrán presentar consultas o reclamos relacionados con sus datos personales a través del correo protecciondedatos@alcalicoop.coop, en la dirección Cra. 10 No. 12-57, barrio La Esmeralda, Zipaquirá o al teléfono (601) 888 2498 ext. 118, en los términos establecidos en la Ley 1581 de 2012 y la Política de Tratamiento de la Información de ALCALICOOP.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y ACTUALIZACIÓN

Declaro que la información suministrada en el presente formulario y en sus anexos es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Me obligo a informar oportunamente a ALCALICOOP cualquier cambio relevante en mis datos personales, de contacto, laborales, financieros o de cualquier otra naturaleza que resulte necesaria para mantener actualizada la información registrada.

D

M

A

FECHA

FIRMA Y DOCUMENTO DEL ASOCIADO

HUELLA

FIRMA DEL TUTOR, CURADOR O APODERADO

HUELLA

La cooperativa podrá usar mecanismos electrónicos alternativos que garantizan la verificación de autenticación de la solicitud de acuerdo con lo señalado en la ley 527 de 1999

USO EXCLUSIVO DE ALCALICOOP

QUIEN REALIZÓ LA VINCULACIÓN: _____ QUIEN VERIFICÓ LA INFORMACIÓN: _____

CARGO: _____ CARGO: _____

FECHA:

D

 /

M

 /

A

 HORA ENTREVISTA: _____ FIRMA: _____ FECHA:

D

 /

M

 /

A

 HORA: _____ FIRMA: _____

OBSERVACIONES: _____

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

APROBACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL

Cra 10 No. 12 - 57

B. La Esmeralda - Zipaquirá

PBX: 601 888 2498 / 317 440 6367

OFICINA CASONA

Calle 1 No. 10 - 14

Centro Comercial la Casona

Local 133 - Zipaquirá Cel: 312 766 1844

OFICINA CAJICA

Cra 4 No. 2 - 50

Parque Principal

Tel: 601 883 2832 / 317 423 1634

OFICINA PACHO

Cra 16 No. 6 - 60

Centro

Cel: 315 848 7420 / 300 571 5796

www.alcalicoop.coop

BS-FO-08 V5 JULIO 21 DEL 2026

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA - INSCRITO A FOGACOOP