

No. _____

NIT.800.011.001-7

Fecha Afiliación: DD/MM/AA

DATOS PERSONALES

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres: _____ Sexo: _____
 Tipo de Identificación: _____ Identificación: _____ Fecha de Expedición: _____ Ciudad de Expedición: _____
 Fecha Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ Lugar de Nacimiento: _____ Departamento: _____ Estado Civil: _____
 No. de Hijos: ____ No. Personas a Cargo: _____ Mujer Cabeza de Familia: _____ Edad: _____ Estrato Socio Economico: _____
 Tiene usted familiar empleado en la Cooperativa: _____ Nombre _____ Parentesco _____
 Grado de Escolaridad: _____ Título Profesional: _____ Capacitación en Cooperativismo: _____

DATOS DE UBICACIÓN

Dirección Residencia Actual: _____ Barrio: _____ Teléfono: _____ Celular: _____
 Municipio/Ciudad _____ Departamento _____ Email _____

INFORMACION DE LA PAGADURIA O ESTABLECIMIENTO DONDE TRABAJA

Empresa donde labora _____
 Dirección _____ Municipio _____ Departamento _____
 Teléfono _____ Cargo _____ Sueldo \$ _____ Ingreso Independiente \$ _____
 Profesión u Oficio _____
 Correo Corporativo: _____ Es usted persona públicamente expuesta? _____
 Tiene familiares Asociados en COOPEAIPE en 1er y 2do grado de consanguinidad. _____ Identificación _____
 Actividad Económica: _____ CIU _____

DATOS DEL CONYUGUE / COMPAÑERO (A) PERMANENTE

Nombre del Conyugue _____ Tipo documento de Identidad _____
 Numero de Identificación: _____ Departamento Exp: _____ Ciudad Exp: _____ Fecha de Expedición: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
 Celular: _____ Tipo de Vivienda: _____ Nombre de Arrendatario: _____
 Personas a cargo _____ Profesión u oficio: _____ Ocupación Actual: _____
 Nombre Empresa donde labora: _____ Cargo _____
 Tipo de Contrato: _____ Valor Aportes Mensuales \$ _____

REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Ocupación _____
 Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Ocupación _____

REFERENCIA COMERCIAL

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Actividad _____

INFORMACION FINANCIERA

Ingresos Mensuales Actividad Principal \$ _____ Egresos Mensuales \$ _____
 Otros Ingresos (especificar) \$ _____ Otros Egresos (especificar) \$ _____
 Total Activos \$ _____ Total Pasivos \$ _____

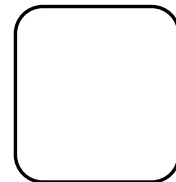
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza Operaciones en Moneda Extranjera _____
 Posee cuentas en Moneda Extranjera _____ Banco _____ No cuenta _____
 Moneda _____ Ciudad _____ Pais _____

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

Firma _____

Huella



CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERIDICA Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA COOPEAIPE PARA QUE LA VERIFIQUE. ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACION DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION QUE SOLICITE LA COOPERATIVA COOPEAIPE POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE. DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL.

INFORMACION SOBRE PARENTESCO DE PRIVILEGIADOS

Observación, si tiene algún parentesco o pertenece actualmente al Consejo de Administración y/o Junta de Vigilancia y/o Gerencia, favor diligenciar lo siguiente:

Es familiar y/o pariente de Privilegiados: _____ Nombre: _____
 Identificación: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

AUTORIZACION PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y ENVIO DE INFORMACIÓN

1 Autorizo a la Cooperativa COOPEAIPE para obtener cualquier fuente de información relativa a mi comportamiento y hábitos de pago de créditos, manejo de cuentas, tarjetas de crédito y en general el cumplimiento de obligaciones. Así mismo autorizo para reportar información sobre el manejo de mis obligaciones actuales o futuras a las entidades o centrales de riesgo dando cumplimiento a lo contemplado en la ley 1266 de 2008.

2 En caso de ser trabajador independiente o empleado con ingresos adicionales, autorizo a la Cooperativa COOPEAIPE, a realizar visitas comerciales para la comprobación de ingresos con cargo a mi nombre.

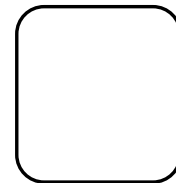
3 Autorizo a la Cooperativa COOPEAIPE para realizar descuentos de mi cuenta de ahorros para el pago de obligaciones de créditos y aportes que se encuentren a mi nombre al vencimiento de este.

4 Por la presente solicito al Consejo de Administración se me admita como Asociado a la Cooperativa COOPEAIPE manifestando que conozco y acepto los ESTATUTOS Y REGLAMENTOS de la Cooperativa.

5 Autorizo expresamente a la Cooperativa COOPEAIBE a enviarme los movimientos o transacciones que se realicen con mi Tarjeta Debito. Al igual sobre campañas comerciales, informacion financiera, movimientos de productos, extractos, cobranzas o cualquier otra informacion a la direccion de correo electronico, E-mail, telefono celular, direccion fisica o en posteriores contactos o documentos donde me soliciten o requieran enviarme esta informacion.

6 Asi mismo declaro que en caso de fallecimiento, mis Aportes Sociales y diferentes modalidades de Ahorros le sean entregados a:

_____	C.C. _____	Parentesco _____	Porcentaje _____
_____	C.C. _____	Parentesco _____	Porcentaje _____
_____	C.C. _____	Parentesco _____	Porcentaje _____
_____	C.C. _____	Parentesco _____	Porcentaje _____
_____	C.C. _____	Parentesco _____	Porcentaje _____



Firma del Solicitante

Huella

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que:

1. La informacion suministrada a COOPEAIBE es autentica y veraz, por lo tanto la autorizo para verificarla a traves de los medios que considere convenientes. Igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demas que COOPEAIBE considere del caso, sin perjuicio de mi obligacion de informar, dentro de los ocho (8) dias calendarios siguientes a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se produzca en los mismos.
2. Que los recursos que entregue no son de ningun delito y que mis ingresos provienen de actividades licitas y que me comprometo a suscribir y pagar los Aportes Sociales establecidos para el ingreso y anualmente a pagar los aportes sociales que establezcan los estatutos.
3. Que no permito que terceros efectuen depositos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilicitas, ni efectuare transacciones destinadas a cometerlos o en favor de delincuentes.
4. En caso de infringir lo anterior o por suministrar informacion falsa, errada o inexacta, autorizo saldar las cuentas y depositos que mantenga en COOPEAIBE, sin que tal hecho genere responsabilidad para COOPEAIBE.
5. COOPEAIBE queda irrevocablemente autorizada para procesar, administrar, coleccionar, archivar, reportar, consultar o transmitir la informacion comercial y financiera que reciba u obre en su poder sobre el suscrito o para que recolecte o consulte a terceros informacion sobre mi comportamiento crediticio y, en general, respecto del cumplimiento de cualquier obligacion civil o natural a mi cargo; asi mismo para reportar a terceros tales datos.
6. Certifico que he leído, entendido y aceptado el contrato y estoy de acuerdo con sus terminos y condiciones; respondo por la veracidad de la informacion aqui suministrada y declaro que los recursos que he utilizado y utilizare en cada una de las transacciones que realice con COOPEAIBE, provienen de actividades licitas.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES

En mi calidad de Titular de la informacion o Representante Legal del mismo, autorizo a COOPEAIBE a dar Tratamiento a mis datos personales, de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013 para:

1. El desarrollo de su objeto social y de la relacion contractual que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que estan, sin limitarse a ellos, la atencion de mis solicitudes, la generacion de extractos, la realizacion de actividades de cobranza, entre otros.
 2. La administracion de los productos o servicios comercializados a traves de COOPEAIBE de los que soy titular.
 3. La estructuracion de ofertas comerciales y la remision de informacion comercial sobre productos y/o servicios a traves de los canales o medios que COOPEAIBE establezca para tal fin.
 4. La adopcion de medidas tendientes a la prevencion de actividades ilicitas. Asi mismo, COOPEAIBE podra transferir mis datos personales a otros paises, con el fin de posibilitar la realizacion de las finalidades previstas en la presente autorizacion.
- La presente autorizacion se hace extensiva a quien represente los derechos de COOPEAIBE, a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien esta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posicion contractual a cualquier titulo, en relacion con los productos o servicios de los que soy titular. Asi mismo, a las Entidades que forman parte del Estado Colombiano y que ejercen vigilancia, control y proteccion a los Ahorradores (SUPERSOLIDARIA, DIAN, FOGACOOP y quienes lleguen a ser delegadas por el Gobierno Nacional) y a los terceros con quien COOPEAIBE establezca alianzas comerciales, a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios que puedan ser de su interes o de interes de los Titulares de la informacion. si mismo, en mi calidad de titular de la informacion o Representante Legal del mismo, autorizo de manera irrevocable a COOPEAIBE para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe toda la informacion que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros paises de la misma naturaleza a cualquier Operador de Informacion debidamente constituido o entidad que maneje o administre bases de datos con fines similares a los de tales Operadores, dentro y fuera del territorio nacional, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento juridico.
- Esta autorizacion implica que esos datos seran registrados con el objeto de suministrar informacion suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras, comerciales, de servicios y la proveniente de terceros paises de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes tengan acceso a esos Operadores de Informacion podran conocer esa informacion de conformidad con la legislacion vigente.

ACEPTACION OPERACION CON EL SISTEMA BIOMETRIA

Acepto con COOPEAIBE a partir de la presente fecha, que si realizo operaciones de acuerdo on los productos o servicios a los que me encuentro vinculado o autorizado, a traves del sistema biométrico consistente en que cada operacion la realice, ejecute o valide con mi huella dactilar, que ella sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma y que tendra los mismos efectos que la firma. La(s) huella(s) que estampo al pie de mi firma corresponde(n) a la huella del dedo que se encuentra impreso en el documento de identidad; como dedo secundario, cualquier de los otros dedos. Autorizo, para que mis datos Biométricos sean almacenados, conservados, reproducidos y consultados para efectos del manejo de las relaciones que tenga con la Cooperativa. Hago constar que fui informado que el sistema biométrico es una herramienta de validacion e identificacion, basada en el reconocimiento de la huella dactilar como característica fisica personal e intransferible. Igualmente que la (s) huella (s) dactilar(es), mi imagen personal, la imagen de mi documento de identidad y mi firma, podran ser capturadas y almacenadas en una base de datos de la Cooperativa o donde corresponda para que puedan ser recuperadas cada vez que realice o autorice una transaccion o haga uso de un servicio ofrecido. Igualmente la Cooperativa queda autorizada para solicitar y referendar mi huella. Para el efecto manifiesto que en el dia de hoy COPEAIBE ha procedido a capturar en su base de datos sistematizada, la (s) huellas dactilares, en la forma indicada. Me comprometo a que cuando realice operaciones, utilizare la(s) huella (s) dactilar (es) registrada (s) en el sistema biométrico. Pero en todo caso de equivocarme en el orden de uso de la huella, el documento o acto validado, será suficiente y reconozco que tendra plenos efectos. Me obligo a registrar nuevamente mis huellas a requerimiento de la Cooperativa pena a que mis transacciones puedan ser suspendidas. Igualmente, autorizo para que la Cooperativa pueda tomarme fotografias y/o grabaciones de tiempo en tiempo cuando realice alguna transaccion y haga uso de la misma para dichos propósitos. En desarrollo de lo aqui previsto reconozco como efectivamente realizada de manera personal cualquier acto, operacion o transaccion que aparezca referendada con mi huella capturada y almacenada por la Cooperativa. Igual autorizacion doy para mi beneficiario (s) o cuando autorice a terceros, estos tendran mi autorizacion plena para identificarse, solicitar referendar, tramitar productos y servicios y realizar transacciones por el medio a que aqui se hace referencia. En caso de cualquier falla o de cualquier cambio en mis condiciones, me obligo a actualizar mis datos biométricos, igual hago en el evento que se implante o use cualquier otro medio adicional de identificacion. Lo aqui convenido, modifica cualquier otra condicion o requisito pactado con anterioridad para el manejo de cualquier operacion realizada con la Cooperativa.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

OBSERVACIONES: _____
 FECHA REALIZACION ENTREVISTA: Día _____ Mes _____ Año _____
 NOMBRE Y FECHA FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA: _____
 NOMBRE Y FECHA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: _____
 FECHA VERIFICACION INFORMACIÓN: _____