

## FORMULARIO DE AFILIACIÓN PERSONA NATURAL

**Conoció a Coopetraban por:**  Asociado  Visita  Publicidad impresa  Página Web  Cuñas Radiales  Redes Sociales  Otro medio  
**Vinculado por:**  Ahorro  Crédito  Deudor Solidario  Cotitular **Atendido por:** \_\_\_\_\_

### Información Personal

Tipo de documento de identificación: <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> N.U.I.P. <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> C.E.		Nro. de identificación: _____		Nacionalidad: _____					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre			
Fecha de nacimiento <b>DD/MM/AAAA</b>		Lugar de nacimiento <small>(Ciudad o Municipio/Departamento/País)</small>		Género: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino		Fecha de expedición del documento de identificación <b>DD/MM/AAAA</b>			
Lugar de expedición del documento de identificación <small>(Ciudad o Municipio/Departamento/País)</small>		Nivel de estudios alcanzado:		<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnología <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Especialización					
Título académico		Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo		Madre Cabeza de Familia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Número de hijos		Número de personas a cargo: _____ <small>(Personas que dependen económicamente de usted: cónyuge, hijos, padres, etc.)</small>	

### Información de su Cónyuge o Compañero Permanente

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identificación: <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> C.E.		Empresa donde labora		Teléfono de contacto			

### P. E. P. - Persona Expuesta Publicamente

**i** Persona Expuesta Publicamente, es quien goza de reconocimiento público y/o maneja recursos públicos. Esto incluye a los cónyuges o compañeros permanentes y a los familiares de los P.E.P. hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad.

Usted es considerado como P.E.P.: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Uno de sus familiares es considerado como P.E.P.: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Cargo			
Administra recursos públicos: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Fecha de inicio del cargo: <b>DD/MM/AAAA</b>		Fecha de desvinculación: <b>DD/MM/AAAA</b>		<b>i</b> Al marcar <b>SÍ</b> en la casilla P.E.P., solicite el formato "Registro de Grupo Familiar P.E.P."	

### Información de Contacto

Vive en una Vivienda: <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Familiar		Dirección de residencia <small>(Si aplica incluye: nombre de la unidad, bloque/torre y número de apto/casa)</small>		Estrato		Vereda, Corregimiento o Barrio	
Municipio o Ciudad		Departamento		Teléfono residencia		Número celular	
Envío de Correspondencia: <input type="radio"/> Residencia <input type="radio"/> Oficina		Autoriza a recibir información relevante de Coopetraban por correo electrónico: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Correo electrónico		E.P.S.	

### Información Laboral

Actividad Laboral: <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Cesante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Independiente		<small>Si su ocupación se cataloga entre: comerciante, ganadero, agricultor, rentistas de capital, freelance o similares; por favor marque la casilla "Independiente".</small>		Fecha de inicio <b>DD/MM/AAAA</b>	
<b>Empleado</b>		<b>Independiente</b>			
Nombre de la Empresa		Cargo		Ocupación	
Tipo de contrato: <input type="radio"/> Indefinido / En Propiedad <input type="radio"/> Definido / Periodo de prueba <input type="radio"/> Provisional				Actividad Económica Principal	
Dirección Comercial		<small>(Si aplica incluye: nombre del edificio, bloque/torre y número de local/oficina)</small>		Vereda, Corregimiento o Barrio	
Municipio o Ciudad		Departamento		Teléfono comercial	

### Información Económica

Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales		Bienes	
Salario \$		Gastos Familiares / Otros \$		Posee Vehículo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Valor Comercial \$
Pensión \$		Arrendamiento \$		Tipo: <input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Servicio Público	
Otros Ingresos \$		Egresos Colilla \$		Posee Propiedad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>Total \$</b>		Cuota mensual créditos \$		Tipo: <input type="radio"/> Lote <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Finca <input type="radio"/> Local	
		<b>Total Pasivos (1) \$</b>		Otros Bienes: <input type="radio"/> Inventario <input type="radio"/> Inversiones <input type="radio"/> Maquinaria	
		<small>Indique el monto total de las deudas.</small>		<b>Total Activos (2) \$</b>	

Patrimonio (2) - (1) \$ (Total Activos - Total Pasivos)

### Operaciones en Moneda Extranjera

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Cuál(es) operaciones realiza en moneda extranjera? <input type="radio"/> Exportar <input type="radio"/> Importar <input type="radio"/> Envío/Recepción de giros y remesas <input type="radio"/> Otro _____									
¿Posee cuentas en moneda extranjera? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Moneda		Número de cuenta		Banco		Ciudad		País	

### Referencias Familiares y Personales que no vivan con usted

Nombre y apellidos (Dos familiares y uno personal)	Parentesco	Teléfono	Celular
FAMILIAR			
FAMILIAR			
PERSONAL			

### Beneficiarios del Seguro de Aportes

Nombre y apellidos	Parentesco	Teléfono	Celular

### Tarjeta Débito Coopetraban y Sobreflex

Número de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Declaración de Conocimiento en el Uso, Manejo y Seguridad del Producto

Declaro que he recibido las instrucciones e información sobre las características, condiciones, medidas de seguridad y recomendaciones de uso de los productos que he adquirido, además de clave y sus precauciones sobre seguridad. Igualmente conozco las comisiones que se generan con el uso de los mismos y que he sido y me encuentro capacitado para su utilización y manejo.

**i** Autorizo a COOPETRABAN el cobro de cuota de manejo y gastos derivados del uso de mi tarjeta, mediante el débito de dichos saldos de mi cuenta de ahorros.

## Declaración de Origen de Fondos

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando fe de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a Coopetaban, con el propósito de dar cumplimiento a las normas legales vigentes sobre la apertura y manejo de cuentas de ahorro y CDAT.

1. Los recursos que entregue en depósito a Coopetaban provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, venta de inmuebles, etc):

2. Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. No admitiré que terceros efectúen a mis cuentas de fondos depósitos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades, a favor de personas relacionadas con las mismas. Asimismo, autorizo a Coopetaban para que salde las cuentas y depósitos que mantenga en esta institución en cualquier caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en el presente aparte de este documento, eximiendo en todo caso a Coopetaban de toda responsabilidad que se derive de la información falsa, errónea o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

4. Me comprometo a actualizar la información necesaria periódicamente, de no hacerlo podré ser excluido como asociado de la Cooperativa.

## Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, con mi firma de este formato autorizo como Titular de los datos, para que éstos, incluidos los sensibles (huella digital e imágenes personales), sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA NACIONAL DE TRABAJADORES -COOPETRABAN para que sean tratados con la finalidad de realizar gestión administrativa, gestión de estadísticas internas, gestión de cobros y pagos, gestión de facturación, gestión económica y contable, prospección comercial, fidelización, publicidad propia, verificación de datos y referencias, afiliaciones, publicación a través de medios audiovisuales, escritos y redes sociales, gestión de asociados, envío de comunicaciones y contacto a través de los medios registrados, transmisión y/o transferencia nacional e internacional de datos personales con terceros como aliados comerciales y proveedores de servicios de la Cooperativa para desarrollar las finalidades aquí previstas; así como, autorizo que mis datos biométricos (imágenes personales) sean publicados en medios impresos (carnets, revistas, etcétera), medios audiovisuales y/o redes sociales institucionales.

Declaro que cuento con las autorizaciones de los terceros aquí registrados (cónyuge, compañero(a) permanente, referencias personales y familiares y beneficiarios del seguro de aportes) para registrar sus datos personales en este formato y para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA NACIONAL DE TRABAJADORES -COOPETRABAN con la finalidad de realizar gestión administrativa, gestión de cobros y pagos (en caso de aplicar), afiliaciones, verificación de datos y referencias y gestión de la relación comercial.

Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles (huella digital e imágenes personales), entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generan algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.

El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante un escrito dirigido a la COOPERATIVA NACIONAL DE TRABAJADORES -COOPETRABAN a la dirección de correo electrónico protecciondatos@coopetaban.com.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la Calle 25 A No 43 B - 115 en la ciudad de Medellín-Antioquia.

## Autorización para el Cargo de la Prima del Seguro de Aportes y Crédito

Autorizo que la prima del seguro de aportes y crédito sea cargada a mi crédito.

## Autorización para Consulta y Reporte a Centrales de Riesgo

Lea cuidadosamente la siguiente cláusula y pregunte lo que no comprenda:

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a Coopetaban, o a quien se subroge en las posiciones que ésta actualmente ocupa, para: A) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. B) Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, si lo hubiere de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial, de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. C) Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y también por intermedio de las entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que éstas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. D) Conservar, tanto en Coopetaban como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B) y E) de esta cláusula. E) Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informe sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quién consultó mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores a mi petición. La autorización anterior no permite a Coopetaban y a las Centrales de Información de Riesgo divulgar la información mencionada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales y legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.

## Marcación Exención del Gravamen a los Movimientos Financieros

¿Autoriza que su cuenta de ahorros Coopetaban quede exenta del Gravamen a los Movimientos Financieros prevista en el artículo 42 de la Ley 1111 de diciembre 27 de 2006?

Sí autorizo.  No autorizo.

Por medio del presente documento y en mi calidad de titular de la cuenta de ahorros COOPETRABAN manifiesto expresamente: 1) He elegido esta cuenta de ahorros sobre la cual deseo opere la exención del Gravamen a los Movimientos Financieros. 2) Manifiesto bajo gravedad de juramento que a la fecha no gozo de dicho beneficio en ninguna cuenta de ahorros en otro establecimiento del sistema financiero o cooperativo, por lo anterior aclaro que conozco que la exención es aplicable a una cuenta de ahorros por persona. 3) Autorizo a COOPETRABAN para informar sobre lo anterior a las autoridades competentes y demás entes de control. 4) En caso de existir alguna inexactitud en lo declarado, autorizo a COOPETRABAN para que proceda a la desmarcación y a debitar el impuesto no cobrado de la cuenta de ahorros que poseo en este establecimiento.

## Autorización Transacciones Web

¿Autorizo a Coopetaban a permitirme ejecutar transacciones a través de la Agencia Virtual?  Sí autorizo.  No autorizo. En caso de que su respuesta sea positiva, describa a continuación las cuentas autorizadas:

Número de cuenta	Número de cuenta	Número de cuenta
Número de cuenta	Número de cuenta	Número de cuenta

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

Número de identificación

Ciudad y fecha

Huella Dactilar:

Huella índice derecho.

Otro. Describa aquí cuál:

## Uso Exclusivo de la Cooperativa

Resultado de la entrevista y verificación de la información:

Nombre completo del colaborador	Fecha DD/MM/AAAA	Hora	Firma
---------------------------------	---------------------	------	-------

Observaciones:

Nombre completo del gerente o encargado de la oficina

Firma