



Cooperativa de Ahorro y Crédito  
Universidad Santo Tomás  
Personería Jurídica No. 1029 de Noviembre 4 de 1974

## FORMATO SOLICITUD DE AFILIACIÓN Persona Natural

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA
FTO LA - 002	08	15/04/2025

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD MM AAAA

HORA DE DILIGENCIAMIENTO

00:00

Diligencie el presente formulario en letra impresa, sin tachones, ni enmendaduras.

OFICINA

No. RADICADO

### INFORMACIÓN BÁSICA

1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE(S):	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> No. _____			FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN: DD MM AAAA _____		NACIONALIDAD:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: DD MM AAAA _____		DEPARTAMENTO/MUNICIPIO:		ESTADO CIVIL:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NIVEL ACADÉMICO: PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> POSTGRADO <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/>		PROFESIÓN:		OCUPACIÓN/OFCIO: EMPLEADO PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____ COMERCIANTE <input type="checkbox"/> RENTISTA DE CAPITAL <input type="checkbox"/> PRESTADOR DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> TRANSPORTADOR <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		BARRIO:	ESTRATO:	CIUDAD/MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO/PAÍS:
TELÉFONO MÓVIL:		TELÉFONO FIJO:	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:		CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRIENDO <input type="checkbox"/>		¿POSEE VEHICULO?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PERSONAS A CARGO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No. _____	No. DE HIJOS:	¿CABEZA DE FAMILIA?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿ES USTED FAMILIAR DE ASOCIADO A USTACOOOP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NOMBRES Y APELLIDOS:		PARENTESCO:	TELÉFONO:

### ESPACIO EXCLUSIVO PARA ESTUDIANTES

FACULTAD:		SEMESTRE:	UNIVERSIDAD:		¿DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE SUS PADRES?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOMBRES Y APELLIDOS PADRE:		OCUPACIÓN:	EMPRESA DONDE TRABAJA:	DIRECCION(ES) Y TELÉFONO(S):	
NOMBRES Y APELLIDOS MADRE:		OCUPACIÓN:	EMPRESA DONDE TRABAJA:	DIRECCION(ES) Y TELÉFONO(S):	

### ACTIVIDAD LABORAL

EMPRESA DONDE LABORA:		CARGO:	TIPO DE CONTRATO: FIJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____		
FECHA DE VINCULACIÓN: DD MM AAAA	FECHA DE VENCIMIENTO: DD MM AAAA	DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	CIUDAD/MUNICIPIO:
DEPARTAMENTO:					

### INFORMACIÓN ECONÓMICA

¿DECLARA RENTA?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA:		CIUU:	¿ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿USTED ES UNA PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
INGRESOS MENSUALES			GASTOS MENSUALES (EGRESOS)		
Derivados de su actividad principal	\$ _____	Personales/Familiares	\$ _____		
Otros Ingresos (*especificar)	\$ _____	OTROS: CUOTAS CRÉDITOS (*especificar)	\$ _____		
* _____		* _____			
TOTAL INGRESOS	\$ _____	TOTAL GASTOS (EGRESOS)	\$ _____		
BIENES (ACTIVOS)			DEUDAS (PASIVOS)		
Valor total de su(s) Inmueble(s), Vehículo(s), maquinaria, etc.	\$ _____	Saldo de los créditos (deudas)	\$ _____		
Otros Activos (*especificar)	\$ _____	OTROS PASIVOS (*especificar)	\$ _____		
* _____		* _____			
TOTAL ACTIVOS	\$ _____	TOTAL PASIVOS	\$ _____		
TOTAL PATRIMONIO (Activos menos Pasivos:)	\$ _____				

### OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI SU ACTIVIDAD IMPLICA OPERACIONES INTERNACIONALES, SEÑALE EL TIPO DE TRANSACCIÓN QUE REALIZA: IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> INVERSIÓN <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> (¿CUÁLES? (especifique): _____)				
¿POSEE CUENTAS EN EL EXTERIOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES FIDELIGNA:		
Banco No. _____	Cuenta _____	Moneda _____	Ciudad/País _____		
			FIRMA DEL SOLICITANTE C.C.		

### INFORMACIÓN CÓNYUGUE

1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE(S):	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____			FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA _____		CIUDAD:
EMPRESA DONDE TRABAJA:		OCUPACIÓN O CARGO ACTUAL:		FECHA DE VINCULACIÓN: DD MM AAAA _____	
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:		SALARIO/INGRESOS MENSUALES:	¿ASOCIADO A USTACOOOP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

### REFERENCIAS

PERSONAL	NOMBRE:	VÍNCULO:	TELÉFONO(S):	DIRECCIÓN/CIUDAD:	
----------	---------	----------	--------------	-------------------	--

FINANCIERA	ENTIDAD:	CUENTA No.	SUCURSAL:	CUIDAD:
------------	----------	------------	-----------	---------

### NÚCLEO FAMILIAR BÁSICO

Asociado Soltero, viudo o divorciado: Padres e hijos – Asociado Casado: Cónyugue o compañero(a) permanente, hijos y padres

APELLIDOS Y NOMBRES:	No. DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	¿DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE USTED?
		DD MM AAAA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		DD MM AAAA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		DD MM AAAA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Los beneficiarios de los aportes en caso de fallecimiento del asociado serán exclusivamente sus herederos de ley.

### BENEFICIARIO DEL AUXILIO POR FALLECIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRES:	No. DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	CUIDAD Y TELÉFONO	PARENTESCO	%
		DD MM AAAA			
		DD MM AAAA			

\*Persona a cargo de sus dependientes económicos, en caso de su fallecimiento.

### FATCA-CRS

¿Tiene usted obligaciones tributarias o residencia fiscal en un país diferente a Colombia? SI  NO

¿Es usted residente en los Estados Unidos? SI  NO  ¿Tiene obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI  NO

Si su respuesta es sí en una de las preguntas anteriores por favor complete:

País de residencia fiscal: \_\_\_\_\_

Número de Identificación Tributaria - NIT: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia fiscal: \_\_\_\_\_

\*FATCA Y CRS: Son dos marcos internacionales para el intercambio automático de información fiscal con el fin de prevenir la evasión fiscal.

### AUTORIZACIONES Y COMPROMISOS

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y sus decretos reglamentarios, autorizo, como Titular de mis datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de La Cooperativa USTACOO, sientos tratados con finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual y en base a la política de tratamiento de datos personales, a la cual podré tener acceso a través del correo electrónico [ustacoop@ustacoop.com](mailto:ustacoop@ustacoop.com) y la página WEB [www.ustacoop.com](http://www.ustacoop.com). De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a La Cooperativa USTACOO a la dirección de correo electrónico [ustacoop@ustacoop.com](mailto:ustacoop@ustacoop.com), indicando en el asunto el derecho que deseo ejercitar, o mediante correo postal ordinario remitido a Calle 52 #7-64 Bogotá.

- Autorizo a USTACOO consultar ante las centrales de riesgo o cualquier entidad autorizada, mi endeudamiento, información comercial disponible sobre el historial de cumplimiento de las obligaciones adquiridas, así como divulgar ante esas mismas entidades el comportamiento de las obligaciones que adquiera con la Cooperativa.
- Estoy informado y acepto el Estatuto de USTACOO y me comprometo a cumplir con todas las obligaciones de la Cooperativa, lo cual incluye como mínimo actualizar anualmente o cuando se requiera, mis datos personales.
- Ordenar a quien corresponda descontar de mi sueldo o pensión el valor de los aportes sociales y cualquier otra obligación contraída con la Cooperativa.

**APORTE SOCIAL:** En caso de ser aprobada mi afiliación, me comprometo a aportar mensualmente un valor equivalente al \_\_\_\_\_ % de mi salario o el \_\_\_\_\_ % del salario mínimo mensual legal vigente.

Razones por las que me afilio: \_\_\_\_\_

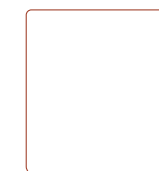
### DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria, manifiesto que toda la información consignada en el presente formulario es cierta y verificable, y con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia de Economía Solidaria y demás normas concordantes, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a USTACOO.

- Los recursos que entrego a USTACOO provienen de las siguientes fuentes: \_\_\_\_\_
- Declaro que los recursos que entregué a USTACOO, no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- No admitiré que terceros efectúen consignaciones a los productos que adquiera con la Cooperativa con dinero proveniente de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

### FIRMA

FIRMA DEL SOLICITANTE  
C.C.



HUELLA INDICE DERECHO

### REFERIDOS - DOCUMENTACIÓN

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTROS SERVICIOS?

PUBLICIDAD  VISITA A ASESOR  INDUCCIÓN USTA

REFERIDO  NOMBRE: \_\_\_\_\_

VINCULO: \_\_\_\_\_

ANEXO A LA SOLICITUD

FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

CERTIFICACIÓN LABORAL/CONSTANCIA DE INGRESOS

FOTOCOPIA DEL DIPLOMA O CARNÉ DE LA USTA

CARTAS: PRESENTACIÓN POR FAMILIAR Y/O MESADA

### USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

FECHA DE REALIZACIÓN ENTREVISTA DD MM AAAA

FECHA DE CONSULTA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DD MM AAAA

FECHA DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DD MM AAAA

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REGISTRA LA INFORMACIÓN

### USO EXCLUSIVO EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

SOLICITUD: APROBADA  NEGADA

ACTA No. \_\_\_\_\_

FECHA APROBACIÓN DD MM AAAA

PRESIDENTE: \_\_\_\_\_ SECRETARIO: \_\_\_\_\_