



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

FORMATO SOLICITUD DE AFILIACIÓN
Persona Natural

OFICINA

No. RADICADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD

MM

AAAA

HORA DE DILIGENCIAMIENTO

00:00

CÓDIGO

VERSIÓN

FECHA

FTO LA - 002

07

03/04/2025

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

INFORMACIÓN BÁSICA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA ESTUDIANTES

FACULTAD:		SEMESTRE:	UNIVERSIDAD:	¿DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE SUS PADRES?: SI ☐ NO ☐	
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 ☐ OTRO ☐ INDEFINIDO ☐ ¿CUÁL?: _____		
FECHA DE VINCULACIÓN: DDMMAAA A	FECHA DE VENCIMIENTO: DDMMAAAA	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	CIUDAD/MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO:

INFORMACIÓN ECONÓMICA

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

TOTAL PATRIMONIO
(Activos menos Pasivos:) \$ _____

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☐	SI SU ACTIVIDAD IMPLICA OPERACIONES INTERNACIONALES, SEÑALE EL TIPO DE TRANSACCIÓN QUE REALIZA: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ INVERSIÓN ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTROS ☐ (especifique): _____	
¿POSEE CUENTAS EN EL EXTERIOR? SI ☐ NO ☐ Banco No. _____ Cuenta _____ Moneda _____ Ciudad/País _____		DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES FIDEDIGNA: FIRMA DEL SOLICITANTE C.C. _____ HUELLA INDICE DERECHO

INFORMACIÓN CÓNYUGUE

1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE(S):	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ No. _____			FECHA DE NACIMIENTO: DDMMAAAA		CIUDAD:
EMPRESA DONDE TRABAJA:		OCUPACIÓN O CARGO ACTUAL:			FECHA DE VINCULACIÓN: DDMMAAAA
TELÉFONO:		DIRECCIÓN:		SALARIO/INGRESOS MENSUALES:	¿ASOCIADO A USTACOOOP? SI ☐ NO ☐

REFERENCIAS

FAMILIAR	NOMBRE:	PARENTESCO:	TELÉFONO(S):	DIRECCIÓN/CUIDAD:
PERSONAL	NOMBRE:	VÍNCULO:	TELÉFONO(S):	DIRECCIÓN/CUIDAD:
FINANCIERA	ENTIDAD:	CUENTA No.	SUCURSAL:	CUIDAD:

NÚCLEO FAMILIAR BÁSICO

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

APELLIDOS Y NOMBRES:	No. DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	¿DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE USTED?
		DD MM AAAA		SI NO
		DD MM AAAA		SI NO
		DD MM AAAA		SI NO

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		

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

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 y la página WEB 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, 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.

1. Los recursos que entrego a USTACOO provienen de las siguientes fuentes:

2. 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.

3. 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.

SERVICIO FUNERARIO COOPSERFUN

DESEO AFILIARME AL SERVICIO FUNERARIO CON LOS OLIVOS SI NO

PLAN TRADICIONAL

PLAN INTEGRAL

PLAN CANDELARIA

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:

VÍNCULO:

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

FECHA DE CONSULTA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

FECHA DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

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

PRESIDENTE:

SECRETARIO: