Ustacoop
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	09	06/11/2025

OFICINA

No. RADICADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DD MM AAAA

HORA DE DILIGENCIAMIENTO: 00:00

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: DD MM AAAA _____
NACIONALIDAD:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: DD MM AAAA _____
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: | PAÍS:

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 USTACOOP? 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: DD MM AAAA
FECHA DE VENCIMIENTO: DD MM AAAA
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 ☐ ¿CUÁLES? (especifique): _____

¿POSEE CUENTAS EN EL EXTERIOR? SI ☐ NO ☐
Banco No. _____ Cuenta _____
Moneda _____ Cuidad/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: DD MM AAAA
CIUDAD:

EMPRESA DONDE TRABAJA: | OCUPACIÓN O CARGO ACTUAL: | FECHA DE VINCULACIÓN: DD MM AAAA

TELÉFONO: | DIRECCIÓN: | SALARIO/INGRESOS MENSUALES: | ¿ASOCIADO A USTACOOP? SI ☐ NO ☐

REFERENCIAS

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

fogacoop
Vigilado Superintendencia de la Economía Solidaria

FINANCIERA	ENTIDAD:	CUENTA No.	SUCURSAL:	CIUDAD:

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 ☐ 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			
		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 Estatuaria 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 **USTACOOP**, siento 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 USTACOOP 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 USTACOOP 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 USTACOOP 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 proposito 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 USTACOOP.

1. Los recursos que entrego a USTACOOP provienen de las siguientes fuentes: _____
2. Declaro que los recursos que entregué a USTACOOP, 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.

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

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA

FECHA DE CONSULTA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DD MM AAAA

NOMBRE Y FIRMA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

FECHA DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DD MM AAAA

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: _____

Vigilado Supersolidaria fogacoop