



TIPO DE SOLICITUD	Secciones					Autorizaciones y Declaraciones
	1	2	3	4	5	
Admisión	X	X	X		X	X
Actualización de datos	X	X	X			X
Crédito	X	X	X	X		X
Ahorro	X		X		X	X

TIPO DE ASOCIADO	
Ventanilla <input type="checkbox"/>	Día 5 <input type="checkbox"/> Día 20 <input type="checkbox"/>
Nómina <input type="checkbox"/>	

**SOLICITUD DE ADMISIÓN/  
ACTUALIZACIÓN DE DATOS** 
**AHORRO** 
**CRÉDITO** 
**DEUDOR**   
**CODEUDOR** 
**Fecha**
 DD  MM  AAAA

**1. DATOS PERSONALES**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Documento de identidad <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro		Número documento de identidad		Lugar de expedición		Fecha de expedición DD MM AAAA	
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	País de nacimiento	Departamento	Ciudad	Nacionalidad		Fecha de nacimiento DD MM AAAA	
Nivel Educativo <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado	Profesión			Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Dirección de Residencia						Nº de hijos	Nº Personas a cargo
Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar		Estrato	Ciudad	Departamento		País de residencia	
Teléfono residencia/Otro		Celular		Correo electrónico personal			

**2. DATOS LABORALES**

Actividad/Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> No trabaja		* Código CIU	Empresa donde trabaja o ejerce su actividad	
Cargo		Dirección de la empresa		
Municipio	Departamento		Teléfono empresa Número _____ Ext. _____	
Correo electrónico laboral		Fecha de ingreso a su trabajo o inicio de su negocio DD MM AAAA	Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Prestación de serv. <input type="checkbox"/> Otro	
Tipo de empresa <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra		Maneja o administra recursos del sector público <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Descripción: _____	¿Declara renta? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Envío de correspondencia Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Laboral
¿Goza de reconocimiento público? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Descripción: _____		¿Tiene cargo público? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Descripción: _____		

**3. SITUACIÓN FINANCIERA**

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Fijos por actividad económica	\$	Obligaciones financieras	\$
Variables por actividad económica	\$	Gastos familiares	\$
Otros	\$	Arredamiento	\$
<b>Total ingresos</b>	\$	Otros egresos	\$
		<b>Total egresos</b>	\$

Tipo de activo	Descripción del activo (Dirección, entidad de la inversión o marca)	Valor comercial	Hipoteca/Prenda
Casa/Apto <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Otro Bien <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/>	_____	\$	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Casa/Apto <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Otro Bien <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/>	_____	\$	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Casa/Apto <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Otro Bien <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/>	_____	\$	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Casa/Apto <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Otro Bien <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/>	_____	\$	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Total activo</b>		\$	
Deudas	Cantidad	Saldo	Entidad
Hipotecarias		\$	
Tarjetas de crédito		\$	
Otras obligaciones		\$	
	<b>Total pasivo</b>	\$	

#### 4. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN - CRÉDITO

Monto solicitado	Plazo (meses)	Línea de crédito	Destino del Crédito	Forma de pago	Periodicidad	Garantía	* N° radicación
\$				Ventanilla <input type="checkbox"/> Nómina <input type="checkbox"/>	Único <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/>	Hipoteca <input type="checkbox"/> Prenda <input type="checkbox"/> FGA <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/> Aportes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
\$				Ventanilla <input type="checkbox"/> Nómina <input type="checkbox"/>	Único <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/>	Hipoteca <input type="checkbox"/> Prenda <input type="checkbox"/> FGA <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/> Aportes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
\$				Ventanilla <input type="checkbox"/> Nómina <input type="checkbox"/>	Único <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/>	Hipoteca <input type="checkbox"/> Prenda <input type="checkbox"/> FGA <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/> Aportes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
\$				Ventanilla <input type="checkbox"/> Nómina <input type="checkbox"/>	Único <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/>	Hipoteca <input type="checkbox"/> Prenda <input type="checkbox"/> FGA <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/> Aportes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	

Fusionar con saldo anterior: Si  No  Pagaré a cancelar \_\_\_\_\_

#### REFERENCIAS

	Apellidos y Nombre(s)	Teléfono de contacto	Ciudad	Dirección
Personal				
Familiar 1				
Familiar 2				

#### 5. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN - AHORRO

Concepto	Valor Mensual	Periodicidad del descuento	Plazo	Observaciones
Aportes	\$	Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/>		
Rentadiario**	\$	Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/>		
Rentahorrillo	\$	Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/>		
Rentamás	\$	Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/>	_____ Años	
Programado	\$	Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/>	_____ Años	
Otro:	\$	Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/>		

\*\* Al ser asociado de Cooperativa Alianza accede inmediatamente a una cuenta Rentadiario por medio de la cual puede manejar sus ahorros a la vista y a los futuros desembolsos de créditos.

\* Espacio exclusivo para ser diligenciado por Cooperativa Alianza.

## Autorizaciones y Declaraciones

### 6. FATCA Ley de cumplimiento tributario de cuentas extranjeras EEUU- Foreign Account Tax Compliance Act

La persona natural o el representante legal de la persona jurídica posee nacionalidad estadounidense? SI__ NO__	¿Nació en Estados Unidos? SI__ NO__
(en caso afirmativo, indique el Numero de Identificación Tributaria para Estados Unidos - TIN) _____	¿Vivió las 2/3 partes del año anterior en Estados Unidos? SI__ NO__
¿El representante legal de la persona jurídica es residente fiscal de Estados Unidos? SI__ NO__	¿Viajó mas de 3 veces a Estados Unidos en los ultimos 2 años? SI__ NO__
¿La persona jurídica es contribuyente de Estados Unidos? SI__ NO__	¿Posee Green Card? SI__ NO__
Da instrucciones permanentes para transferir fondos a una cuenta de Estados Unidos? SI__ NO__	¿El 50% o mas de sus activos totales y/o los ingresos de la persona jurídica, provienen de activos de inversión de Estados Unidos? SI__ NO__
(en caso afirmativo, indique nombre del titular de la cuenta _____ ID _____ y entidad _____)	

### 7. DEBERES SOLIDARIOS

Conozco y/o me someto a los Estatutos y Reglamentos de la COOPERATIVA ALIANZA . Me comprometo a recibir por lo menos 5 horas básicas de Educación Cooperativa anualmente.

Acepto

### 8. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Posee cuenta en moneda extranjera?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Tipo de operaciones _____			
Relación de cuentas en moneda extranjera	Banco	Ciudad	País	Moneda	Cuenta N°

### 9. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con tipo de identificación \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ manifiesto que la procedencia de los recursos con los que efectuó el (los) pagos, abonos, consignaciones o cualquier tipo de transacción objetos de la presente solicitud, son de origen lícito y corresponden a \_\_\_\_\_ adicionalmente bajo la gravedad de juramento y de conformidad con lo establecido en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (decreto 663 de 1993), ley 90 de 1995, la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia de la Economía Solidaria, la Circular externa 004 de 2017 de la Superintendencia de la Economía Solidaria y las demás normas legales concordantes sobre prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo, declaro que los recursos que hagan con ocasión de la presente solicitud son bien habidos y adquiridos por medios lícitos y fueron adquiridos con recursos que no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. No admitiré y me cercioraré de que terceros no efectúen depósitos o abonos en mis productos con recursos provenientes del lavado de activos o actividades ilegales, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con asuntos de esta naturaleza. Que mi nombre no está incluido en la oficina de control de activos en el exterior (OFAC), o en cualquier lista de similar naturaleza, o en alguna de carácter nacional y/o internacional; en las que se publiquen los datos de las personas a quienes se les haya iniciado proceso judicial, actuación administrativa o que hayan sido sancionadas y/o condenadas por las autoridades nacionales o internacionales, de manera directa o indirecta, con actividades ilegales tales como narcotráfico, terrorismo o su financiación, lavado de activos, tráfico de estupefacientes, secuestro extorsivo y trata de personas, corrupción, peculado por apropiación, entre otras. Autorizo a la COOPERATIVA ALIANZA a cancelar unilateralmente y de manera inmediata, el o los contratos a que haya lugar, de comprobarse que tengo vínculos comerciales o personales, con empresas o personas incurso en investigaciones judiciales o listas públicas relacionadas con actividades ilícitas o que cometieron delitos y están requeridas por la ley."

Si por cualquier motivo o por cualquier circunstancia el (los) dineros objetos de la presente solicitud y/o contrato resulta (n) perseguidos judicialmente por cualquier autoridad nacional o extranjera, es objeto de cualquier medida cautelar, de congelación o cualquier otra o es sujeto de alguna investigación de carácter administrativa y/o judicial proveniente de cualquier acción judicial o extrajudicial, y que se adelante con ocasión del origen de dicho dinero me (nos) comprometo (mos), expresa e irrevocablemente por medio del presente documento a favor de la COOPERATIVA ALIANZA a asumir los costos, gastos judiciales, incluidos los honorarios en que se incurran para la defensa de dicho (s) dinero (s) con ocasión de cualquier actuación de cualquier naturaleza relacionada y que se adelante con ocasión del origen de dicho dinero (s) ya sea judicial o extrajudicial y/o administrativa y a indemnizar a la COOPERATIVA ALIANZA por los daños y perjuicios que se generen con ocasión de dicha actuación, de tal suerte que resulte indemne por cualquiera de tales conceptos.

### 10. AUTORIZACIÓN LEY DE LIBRANZA

Como titular de la información y asociado de Cooperativa Alianza de manera expresa e irrevocable a autorizo a la Cooperativa Alianza para consultar cualquier tipo de información referente a mi situación laboral, como vinculación actual, novedades en la nómina, periodo de vacaciones, primas, embargos, pignoraciones o cualquier otra novedad referente a mi condición laboral con la empresa con la que tenga vigente contrato laboral. Ello en virtud de la libranza o crédito vigente con Cooperativa Alianza y con el fin de dar cabal cumplimiento a mis obligaciones estatutarias y económicas con la cooperativa.

Acepto

### 11. AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN A PLAN EXEQUIAL UNIPERSONAL

¿Desea afiliarse al Plan Exequial Unipersonal?

Si  No

### 12. CONSULTA Y REPORTE CENTRALES DE RIESGO

El ASOCIADO autoriza irrevocablemente a la COOPERATIVA ALIANZA para que reporte el manejo de sus obligaciones con ésta y su endeudamiento a las centrales de información financiera y de entidades financieras de Colombia, o cualquier otra entidad que con el mismo fin se establezca en el futuro y para que en caso de incumplimiento incluya en los archivos de deudores morosos o con referencias negativas, llevadas por dichas entidades, su nombre y documento de identificación. La presente autorización se entiende renovada con cada utilización que El ASOCIADO haga de cualquiera de los productos a que haga referencia los reglamentos de productos de la Cooperativa. El ASOCIADO exonera de toda responsabilidad a la COOPERATIVA ALIANZA y a la entidad propietaria del archivo en que se registre la información mencionada, de los perjuicios que pueda sufrir derivados de este registro. Lo anterior dentro de los términos de ley y demás disposiciones referentes el Habeas Data.

Acepto



### 13. SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El ASOCIADO se obliga con la COOPERATIVA ALIANZA a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite la COOPERATIVA ALIANZA, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la COOPERATIVA ALIANZA para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación que tenga con el ASOCIADO.

Acepto

### 14. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

(Sólo para personas que laboran en Empresas que poseen convenio con descuento de nómina)

Yo \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, en calidad de asociado de la COOPERATIVA ALIANZA, por medio del presente autorizo a (Empresa donde labora) \_\_\_\_\_, para que del salario que devengo y para atender todas las obligaciones que contraiga con la COOPERATIVA ALIANZA, se me realicen descuentos (mensuales, quincenales, o catorcenales) \_\_\_\_\_, a partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

En caso de que me concedan vacaciones, autorizo que de la suma que se me deba pagar se descuenten las cuotas correspondientes al tiempo que dure haciendo uso de ellas. Igualmente, de conformidad con el Artículo 142 de la Ley 79/88, autorizo, en caso de retiro, para que se me deduzca y retenga de cualquier cantidad que se me haya de pagar incluyendo prestaciones sociales, indemnizaciones o bonificaciones, el saldo de las obligaciones a favor de la Cooperativa. Otorgo amplias facultades a la COOPERATIVA ALIANZA, para tramitar lo referente al cobro de mis prestaciones sociales ante el Fondo de Pensiones y Cesantías que corresponda. Si por alguna razón la entidad para la cual laboro deja de trasladar a la COOPERATIVA ALIANZA, los descuentos que estoy autorizando, me comprometo a pagar las sumas que adeude a la COOPERATIVA ALIANZA, en su tesorería.

Toda persona, empresa, entidad pública o privada está en la obligación de hacer descuentos autorizados a favor de la COOPERATIVA ALIANZA, y las sumas descontadas deben ser remitidas de inmediato a la Cooperativa para no asumir la responsabilidad que las entregas causen. (Artículo 142 Ley 79 de 1988)

Acepto

### 15. AUTORIZACIÓN DE DEBITO AUTOMÁTICO

Autorizo a la COOPERATIVA ALIANZA, para que de mis depósitos a la orden o cualquier otro depósito constituido en la Cooperativa, conjunta, solidaria o separadamente a mi nombre, se compense contra mis obligaciones a favor de la COOPERATIVA ALIANZA., en el evento que entren en mora.

Acepto

### 16. AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012

De conformidad con lo previsto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", y con el Decreto 1377 de 2013, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012", autorizo, como titular de mis datos personales, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA ALIANZA, los cuales serán tratados para fines de gestión de cobro, ofrecimiento de convenios relacionados a la cooperativa, fines contractuales, comerciales, de atención a clientes y marketing y demás por ocasión del vínculo como asociados a la Cooperativa Alianza, de igual modo, autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades para fines de gestión de cobro, ofrecimiento de convenios relacionados a la cooperativa, fines contractuales, comerciales, de atención a clientes y marketing.

Declaro que he sido informado que:

- Como titular, quedo informado de que, por tratarse de datos de carácter sensible, no estoy obligado a autorizar dicho tratamiento; y además, puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a la COOPERATIVA ALIANZA a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@alianza.coop, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección, Carrera 12 No. 89-28 Piso 6 de la ciudad de Bogotá.
- Puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a la COOPERATIVA ALIANZA a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@alianza.coop, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección Carrera 12 No. 89-28 Piso 6 de la ciudad de Bogotá.
- Que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento desarrollada por la COOPERATIVA ALIANZA, a la cual se puede tener acceso a través de la página www.alianza.coop. o del correo electrónico protecciondedatos@alianza.coop.
- Puede ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido a la COOPERATIVA ALIANZA a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@alianza.coop, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección, Carrera 12 No. 89-28 Piso 6 de la ciudad de Bogotá.

Si  No

Firma solicitante / C.C. N° \_\_\_\_\_

Huella índice derecho

Nombre completo \_\_\_\_\_

### \* 17. CONFIRMACIÓN DE DATOS

(Uso exclusivo de la Cooperativa ALIANZA)

Nombre completo de quien realiza la entrevista:

Fecha:

DD MM AAAA

Observaciones:

¿Cómo se enteró de la Cooperativa Alianza?

Internet  Asociado  Empresa Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Asociado que refiere

Nombre: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Cuenta N°