

# FORMATO SOLICITUD DE INGRESO ASOCIADOS

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Señores: **CONSEJO DE ADMINISTRACION "BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA"**

Comedidamente solicito consideren mi ingreso como asociado a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, afiliación que se hará efectiva después de realizado el primer aporte, para lo cual suministro la siguiente información:

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL SOLICITANTE							
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> OTRO N° _____				LUGAR DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO:		FECHA DE EXPEDICIÓN: DD MM AA	
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	
LUGAR DE NACIMIENTO:		FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AA		NACIONALIDAD (Para CE o PAS):		PAÍS DE RESIDENCIA:	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE				No. DE PERSONAS A CARGO:		SEXO: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
PERTENECE A UN GRUPO DE PROTECCIÓN ESPECIAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mayores de 60 años <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado <input type="checkbox"/> Población diversa / Igbtiq+				<input type="checkbox"/> Persona con discapacidad física, mental o sensorial <input type="checkbox"/> Persona en condición de pobreza extrema <input type="checkbox"/> Población afrocolombiana <input type="checkbox"/> Otro Cúal? _____		NIVEL ACADÉMICO: <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO O TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO (Pregrado) <input type="checkbox"/> POSTGRADO (Especialización, maestría)	
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:		CELULAR:		TIPO DE VIVIENDA: <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> ARRIENDO <input type="checkbox"/> FAMILIAR		DEPARTAMENTO/ESTADO:	
				ZONA: <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA		CIUDAD / MUNICIPIO:	
BARRIO:		ESTRATO:		DIRECCION DOMICILIO:		¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE SU AFILIACIÓN A BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						¿CUENTA CON FAMILIARES ASOCIADOS ACTIVOS A LA COOPERATIVA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. ACTIVIDAD ECONÓMICA							
OCUPACIÓN: <input type="checkbox"/> EMPLEADO CON CONVENIO <input type="checkbox"/> EMPLEADO SIN CONVENIO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL? _____						SECTOR ECONOMICO DE DONDE PROVIENEN SUS INGRESOS:	
<b>2.1. SI ES EMPLEADO(A) O PENSIONADO DILIGENCIE LOS SIGUIENTES CAMPOS:</b>							
EMPRESA DONDE TRABAJA:		CARGO:		SALARIO MENSUAL/MESADA PENSIONAL:		FECHA DE INGRESO/INICIO PENSION: DD MM AA	
DIRECCION EMPRESA		DEPARTAMENTO / ESTADO:		CIUDAD / MUNICIPIO:		TELÉFONO: EXTENSIÓN:	
TIPO DE CONTRATO: <input type="checkbox"/> TÉRMINO INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TÉRMINO FIJO <input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> OBRA Y LABOR <input type="checkbox"/> HONORARIOS <input type="checkbox"/> INTEGRAL							
<b>2.2. SI ES INDEPENDIENTE O EMPLEADO(A) CON NEGOCIOS DILIGENCIE LOS SIGUIENTES CAMPOS:</b>							
TIPO DE ACTIVIDAD O SECTOR ECONOMICO:		FECHA DE INICIO: DD MM AA		DESCRIPCION DE ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL:		INGRESO MES ACTIVIDAD PRINCIPAL:	
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO:		DIRECCION EMPRESA O NEGOCIO:		DEPARTAMENTO / ESTADO:		CIUDAD / MUNICIPIO: TELEFONO:	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO DEL ASOCIADO (SI APLICA):				N° IDENTIFICACION DEL APODERADO DEL ASOCIADO (SI APLICA):			
3. INFORMACIÓN FINANCIERA							
OTROS INGRESOS MENSUALES:		DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS:				¿DECLARA RENTA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿USTED O ALGÚN FAMILIAR MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿USTED O ALGÚN FAMILIAR TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿USTED O ALGÚN FAMILIAR EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
4. PORCENTAJE DE APORTES							
APORTE MENSUAL MÍNIMO 6% DEL INGRESO MENSUAL: 6% 7% 8% 9% 10% Monto diferente: _____				APORTE MENSUAL SALARIO INTEGRAL MÍNIMO 70% DE S.M.M .L.V.: 70% 80% 90% 100% Monto diferente: _____			
5. CONDICIONES DE AFILIACIÓN AL PLAN EXEQUIAL INTEGRAL							
<b>BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA</b> subsidiará a sus asociados el Plan Exequial Integral a partir del momento en que autorice la inclusión a éste de la siguiente forma:							
<input checked="" type="checkbox"/> Por el primer año de afiliación al Plan Exequial Integral, BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA subsidiará el 20% del valor del plan. <input checked="" type="checkbox"/> Por el segundo y tercer año de afiliación al Plan Exequial Integral, BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA subsidiará el 50% del valor del plan. <input checked="" type="checkbox"/> Por el cuarto año de afiliación al Plan Exequial Integral, y en adelante BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA subsidiará el 100% del valor del plan							
De acuerdo con las condiciones anteriores:							
<input type="checkbox"/> <b>SI</b> deseo afiliarme al Plan Exequial Integral y autorizo a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA a descontar el valor correspondiente para la presente vigencia, cuyo monto declaro conocer. **				<input type="checkbox"/> <b>NO</b> deseo afiliarme al Plan Exequial Integral porque: <input type="checkbox"/> Poseo otro Plan Exequial con _____ <input type="checkbox"/> Estoy amparado en el Plan Exequial de mi _____ <input type="checkbox"/> Simplemente no deseo tener el Plan Exequial			
** BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA podrá dar por terminado el contrato de manera unilateral, o por cualquiera de los siguientes casos: 1) Pérdida de la calidad de Asociado; 2) Retiro de la empresa sin comunicación escrita para continuar con el servicio exequial; 3) Por mora en el pago realizado en los tres (3) primeros años del servicio 4) Por mora en aportes superior a 90 días.							
En caso de presentar mora en el pago de este servicio: Autorizo a Beneficiar Entidad Cooperativa a revocar el servicio según las fechas de corte establecidas.							
BENEFICIARIOS BONO MENSUAL (Solicanasta-Plan Exequial) *Aplica únicamente al haber marcado si en el numeral 5							
TIPO	Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	% DESIGNADO

## 6. SOLICITUD TARJETA

TIPO DE TARJETA: <input type="checkbox"/> TARJETA DÉBITO BENEFICIAR - RED COOPCENTRAL	LINEA SOLICITADA: <input type="checkbox"/> CREDI-BEC <b>PLAZO: 24 MESES</b> <input type="checkbox"/> CREDITO ROTATIVO <b>PLAZO: 36 MESES</b>	VALOR SOLICITADO: VALOR EN LETRAS: _____
--	--	---

### 6.1. AUTORIZACIONES

Acepto las condiciones estipuladas en los estatutos de Beneficiar Entidad Cooperativa y en el Reglamento y Condiciones de Uso de la Tarjeta Débito de Afinidad, cuyo contenido puede ser consultado en Zona Privada del Asociado, y demás normatividad de la Cooperativa vigente y aplicable a los productos adquiridos a través de este documento.

FORMA DE PAGO:

NÓMINA  DÉBITO  CÓDIGO DE BARRAS  PSE  WEBSERVICES

Autorizo al BANCO \_\_\_\_\_ debitar automáticamente de mi cuenta de \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ ( ) de cada mes, el valor generado correspondiente a la presente obligación con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA o a quien represente sus derechos y a efectuar el traslado a la cuenta designada para tal fin por la Cooperativa. SI EN EL MOMENTO DE REALIZAR EL DÉBITO DEL VALOR GENERADO NO EXISTEN FONDOS SUFICIENTES, ASUMO EL COSTO DE LA TRANSACCIÓN Y AUTORIZO A BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA PARA DEBITAR DE MI CUENTA O COBRAR POR OTRO MEDIO DICHO VALOR. De igual manera, autorizo a la Cooperativa a descontar de forma anticipada el valor de la Cuota de Manejo Anual por concepto de Administración con cargo al cupo de la Tarjeta Débito Visa y los valores correspondientes a las transacciones realizadas con esta.

## 7. APERTURA CUENTA DE AHORRO A LA VISTA

Deseo apertura cuenta de ahorro a la vista:

SI  NO

TARJETA DÉBITO BENEFICIAR - RED COOPCENTRAL

Acepto las condiciones estipuladas en los estatutos de Beneficiar Entidad Cooperativa y en el Reglamento y Condiciones de Uso de la cuenta de ahorro a la vista cuyo contenido puede ser consultado en Zona Privada del Asociado, y demás normatividad de la Cooperativa vigente y aplicable a los productos adquiridos a través de este documento.

## 8. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA?  SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA QUE NORMALMENTE REALIZA:  
 IMPORTACIONES  EXPORTACIONES  INVERSIONES  GIRO  PRÉSTAMO  OTRO ¿CUAL? \_\_\_\_\_

## 9. REFERENCIAS

REFERIDO POR: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_ EJECUTIVO COMERCIAL: \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIOS

TIPO	Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	% DESIGNADO
1									
2									
3									

## 10. DECLARACIÓN FATCA/CRS

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

- a) He permanecido más de 183 días en el último año, o 183 días durante los tres últimos años, dentro de territorio de los Estados Unidos SI  NO
- b) Soy poseedor de la tarjeta verde o "Green Card" de los Estados Unidos (Tarjeta de Residencia) SI  NO
- c) Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos, si dicho pago proviene de fuentes de jurisdicciones diferentes a Colombia SI  NO
- d) Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que puede producir intereses o dividendos cuya fuente se encuentre dentro de jurisdicciones diferentes a Colombia SI  NO

Si marco SI en alguna de las anteriores opciones, diligencie el siguiente cuadro. Indique el/los países(es) extranjero(s) en el/los cual(es) Usted es residente fiscal y el/los números(s) de identificación tributaria (TIN/NIT) o su equivalente funcional para cada país. Si no puede informar el TIN/NIT, favor indique la razón usando el Código correspondiente.

PAÍS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA (TIN/NIT) O SU EQUIVALENTE FUNCIONAL PARA CADA PAÍS	CÓDIGO "RAZÓN PARA NO INFORMAR TIN/NIT**"

\*\*Código A: Se ha solicitado o se va a solicitar un TIN/NIT, pero no se ha recibido. Se suministrará el TIN/NIT cuando sea recibido.

Código B: La autoridad tributaria del país no expide TIN/NIT.

Código C: Otra: \_\_\_\_\_

## 11. DOCUMENTOS ANEXOS A LA SOLICITUD

<b>Para Solicitante Empleado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fotocopia de cédula</li> <li>Ultimo desprendible de nómina</li> </ul>	<b>Para Solicitante con empresa o actividad profesional propia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fotocopia de cédula</li> <li>Certificado de Cámara de Comercio (si aplica)</li> <li>Ultimo extracto bancario o billetera digital</li> </ul>
<b>Para Solicitante Pensionados:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fotocopia de cédula</li> <li>Ultimo desprendible de pago de la pensión</li> </ul>	

## 12. ORIGEN DE RECURSOS

Yo, identificado con el nombre y documento de identidad expedido en el lugar y fecha establecidos, tal como lo he diligenciado en este documento obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fondos a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en:

- La circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria. 2. El estatuto orgánico del sistema financiero. 3. Estatuto Anticorrupción y 4. Demás normas legales concordantes para la apertura y el manejo de cuentas de ahorro y certificados de depósito de ahorro a término, o cualquier norma que las modifique o adicione.

- \* Declaro que los recursos que entrego no provienen de actividades ilícitas, especialmente de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- \* No admitiré que terceros efectúen aportes, ahorros y/o pago de obligaciones a mi cuenta con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- \* Autorizo a compensar las sumas de las que sea titular por concepto de aportes, ahorros, y acelerar el plazo para el pago de las obligaciones que mantenga en la entidad, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento.

## 13. AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO (Aplica sólo para Empleados Sin Convenio, Independientes, Pensionados)

Autorizo al BANCO \_\_\_\_\_ debitar automáticamente de mi  cuenta de ahorros  cuenta corriente, número \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ ( ) de cada mes, el valor reportado correspondiente a mis aportes, obligaciones y servicios que poseo con Beneficiar Entidad Cooperativa o a quien represente sus derechos, y a efectuar el traslado a la cuenta designada para tal fin por la Cooperativa. Si en la fecha indicada para realizar el débito del valor reportado, no existen fondos suficientes, asumo el costo de la transacción y autorizo a Beneficiar Entidad Cooperativa para debitar de mi cuenta o cobrar por otro medio dicho valor.

Declaro que conozco y acepto los estatutos, reglamentos y procedimientos que rigen mi afiliación a Beneficiar Entidad Cooperativa y autorizo para que mi empleador descuente de mi salario, prestaciones sociales o de cualquier monto a mi favor, los valores que Beneficiar Entidad Cooperativa reporte producto de mi relación como asociado.

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a Beneficiar Entidad Cooperativa para que la verifique. He sido enterado de la obligación de actualizar anualmente mi información comercial y financiera y además aquella que solicite Beneficiar Entidad Cooperativa por cada producto o servicio.

**14. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CONSULTA EN OPERADORES DE INFORMACIÓN (CENTRALES DE RIESGO)**

Declaro que BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado:

- 1) Que la política de tratamiento de datos y el aviso de privacidad se encuentran disponibles en la página web: <https://www.beneficiar.com.co>.
- 2) Que, como titular de la información de los datos, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y ley 1581 de 2012 y demás normas que las adicionen o modifiquen. Declaro que me asiste el derecho de acceso, conocimiento, actualización, corrección, rectificación, revocación, suspensión o supresión de datos y/o revocación de la autorización o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante un escrito dirigido a Beneficiar Entidad Cooperativa, a la dirección de correo electrónico [directorovm@beneficiar.com.co](mailto:directorovm@beneficiar.com.co), indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario a la Carrera 7ª No. 34- 22 de la ciudad de Bogotá, D.C.
- 3) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas.
- 4) Que los datos relacionados con mis beneficiarios se entienden autorizados a través de la estipulación a favor de otro con la finalidad de garantizar sus derechos.
- 5) Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a Beneficiar Entidad Cooperativa, a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien contrate para el ejercicio de estos, en relación a cuando aspire a ser asociado, tenga calidad de asociado o posea productos, beneficios y/o servicios vigentes con la Cooperativa, para que de tratamiento de mis datos, consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba, verifique, envíe mis datos personales y reporte toda la información que se refiera al estado de mis obligaciones y la información referente a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, así como los datos personales de los Administradores y/o accionistas de la entidad que represento, y a los que la entidad tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas a continuación:
  - i) Ofrecer los productos, beneficios y servicios de la Cooperativa (Prospección comercial),
  - ii) Realizar gestión administrativa,
  - iii) Gestión de estadísticas internas,
  - iv) Gestión de conocimiento de contrapartes
  - v) Verificación de datos
  - vi) Contacto y envío de comunicaciones a través de los medios registrados (correo electrónico, sistemas de mensajería instantánea, número de celular, número telefónico fijo o correo físico)
  - vii) Actualización de información,
  - viii) Consultar, solicitar y reportar a las centrales y operadores de bases de datos e información financiera, comercial y de servicios, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad, en los términos de la Ley 1266 de 2008 y demás normatividad que la modifique,
  - ix) Consultar información de manera directa o a través de terceros ante operadores de información de seguridad social y proveedores tecnológicos de facturación y nómina electrónica y en general en cualquier base pública o privada que legítimamente tenga esta información, así como también, suministrar información acerca de sus operaciones a los operadores de información (centrales de riesgo) legalmente establecida,
  - x) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013,
  - xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo
  - xii) Implementación y desarrollo de medidas para la prevención y control de actividades ilícitas o delictivas
  - xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las impresiones dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012,
  - xiv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012,
  - xv) Como acreedora de mis obligaciones la cooperativa podrá entregar a terceros la gestión de cobranza o endosar o ceder la gestión del cobro de cartera,
  - xvi) Suministrar información a terceros con los cuales la Cooperativa tenga relaciones contractuales y sea necesario para el cumplimiento del objeto contratado,
  - xvii) Marketing y publicidad propia,
  - xviii) Segmentación de mercados,
  - xix) Fidelización de asociados,
  - xx) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado, riesgos y los demás requeridos por Beneficiar Entidad Cooperativa,
  - xxi) Publicar en la página web testimonios, registros y demás evidencias de las actividades realizadas por la Cooperativa con los asociados, sus beneficiarios y/o familiares, con excepción de los menores de edad, quienes tendrán una autorización específica,
  - xxii) Gestión de sanciones, amonestaciones, llamados de atención, exclusiones,
  - xxiii) Atención al asociado, ex asociado y deudores en general, recepción y gestión de requerimientos internos o externos sobre productos o servicios,
  - xxiv) Gestión de tarjetas cualquiera sea su modalidad,
  - xxv) Ser informado sobre los cambios reglamentarios y citaciones a los eventos que se organicen,
  - xxvi) Realizar las demás actividades propias de la Cooperativa autorizadas por ley para el desarrollo del objeto social y cumplimiento de sus estatutos.
- 6) Esta autorización implica que esos datos serán registrados con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras, comerciales, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes tengan acceso a esos operadores de información podrán conocer esa información de conformidad con la legislación vigente.
- 7) Igualmente, la presente autorización implica que Beneficiar Entidad Cooperativa y las entidades vinculadas con las que se haya suscrito convenios para el intercambio de información, podrán circular y compartir con propósitos gerenciales, comerciales, de gestión de riesgos, consolidación de información, compliance, estadísticos y de servicio, los datos personales suministrados por mí a Beneficiar Entidad Cooperativa o a otras entidades vinculadas con ocasión de las relaciones contractuales generadas con la vinculación a los servicios de ahorro y crédito y que otras entidades me presten, así como el registro fotográfico, referencias comerciales, referencias personales, registro de firmas, y registro de impresiones dactilares, considerados algunos de ellos datos sensibles
- 8) Autorizo la transmisión nacional e internacional de datos con proveedores de servicios de almacenamiento, custodia y seguridad de la información y proveedores necesarios para desarrollar las finalidades aquí previstas. También autorizo la transferencia nacional e internacional de datos con aliados comerciales para fines de publicidad, marketing y prospección comercial.
- 9) Autorizo a Beneficiar Entidad Cooperativa de forma permanente e irrevocable, para que comparta con su operador de entrega de productos, la información de correo electrónico y teléfono que he reportado a la Cooperativa de manera que a través de estos medios dicho operador me contacte para coordinar la forma y el lugar de entrega de los productos.
- 10) Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por Beneficiar Entidad Cooperativa a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correspondencia certificada, correos electrónicos, WhatsApp, llamadas telefónicas o cualquiera de los canales que a bien tenga la Cooperativa disponibles en su momento, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por Beneficiar Entidad Cooperativa, para los fines mencionados en la presente declaración, en caso de que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales puedo comunicarlo a través del correo electrónico [directorcomunicaciones@beneficiar.com.co](mailto:directorcomunicaciones@beneficiar.com.co).
- 11) Adicionalmente, en cumplimiento de la Ley 2300 de 2023, autorizo a Beneficiar Entidad Cooperativa para ser contactado mediante correo electrónico registrado(s), dirección física a través de correo físico certificado y número de teléfono de contacto aportado(s) incluyendo mensajes a través de WhatsApp, SMS y llamada, con fines de gestión cobranza y envío de mensajes publicitarios en horario de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm, y sábados de 8:00 am a 3:00 pm, cumpliendo de manera integral los requisitos de periodicidad, excepciones y prohibiciones señalados en la ley.
- 12) Autorizo que mi firma, impresión dactilar y fotografía sean utilizados para garantizar verificación biométrica de identidad y actividades de prevención de suplantación de identidad.
- 13) Declaro que he informado y que cuento con la autorización de los terceros que registre como beneficiarios para que sus datos personales sean incorporados en una base de datos responsabilidad de Beneficiar Entidad Cooperativa para su tratamiento, el cual podrá incluir la recolección, almacenamiento, uso, circulación y destinación con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos, mantener, controlar y desarrollar la relación.
- 14) Conozco y declaro que es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre datos sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.
- 15) Que la presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de Beneficiar Entidad Cooperativa a quien esta contrate para el ejercicio de estos o a quien ceda sus derechos, obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos y servicios de los que sea titular.
- 16) Que en los términos de la ley 1581 de 2012, manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad.
- 17) Las autorizaciones contenidas en el presente documento permanecerán vigentes hasta tanto sean revocadas por mí y comunicadas a Beneficiar Entidad Cooperativa. Igualmente, podrán ser revocadas en los eventos previstos en la ley y en el protocolo para la Administración de Datos Personales de Beneficiar Entidad Cooperativa, siempre y cuando no exista ningún tipo de relación contractual o legal con la Cooperativa y no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de dichas autorizaciones.

**15. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE SOLICITUD, DECLARO EXPRESAMENTE LO SIGUIENTE:

1. Conozco y acepto los estatutos, reglamentos y procedimientos que rigen mi afiliación a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA y autorizo para que mi empleador descuente de mi salario, prestaciones sociales o de cualquier monto a mi favor, los valores que BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA reporte producto de mi relación como asociado.
2. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros, las cuotas de los créditos, servicios complementarios y los utilizados para adquirir mis bienes no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano.
3. Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la cooperativa para que la verifique. He sido enterado de la obligación de actualizar anualmente mi información comercial y financiera y además aquella que solicite BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA por cada producto o servicio.
4. Autorizo a la cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y el uso de bases de consulta alternativas.
5. La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo con lo señalado en la Ley 527 de 1999.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO A:

LOS \_\_\_\_\_ DIAS DEL MES \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_ EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_

Solicitante, C.C. No. \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Huella Índice Derecho

**NOTA 1:** La información aquí registrada será ampliada por Beneficiar Entidad Cooperativa a través del formato F-CUM-006 Entrevista de Conocimiento del Asociado, el cual hace parte integral del proceso de afiliación en caso de ser necesario.

**NOTA 2:** Beneficiar Entidad Cooperativa cuenta con un Seguro de Aportes y Ahorro Permanente contratado con Aseguradora Solidaria de Colombia, el cual tiene por objeto 'Amparar contra el riesgo de muerte por cualquier causa e Incapacidad Total y Permanente a las personas naturales aportantes del Tomador de la Póliza; de manera que el valor del aporte sea pagado cuando se presente un evento amparado'. Tenga en cuenta que, para aplicar a este, usted debe manifestar su estado real de salud y, en caso de que Aseguradora Solidaria requiera documentación complementaria al Seguro de Vida Grupo de Aportes y Ahorro Permanente, usted tendrá 30 días calendario para hacer entrega de ésta, durante este periodo usted no estará cubierto por este beneficio. Una vez Aseguradora Solidaria reciba la documentación, la cobertura de este beneficio quedará sujeta al concepto que emita ésta. Vencido el plazo, usted no quedará cubierto por este beneficio que le brinda la Cooperativa.

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES Y /O MESADAS PENSIONALES A FAVOR DE BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**

**Señores ENTIDAD EMPLEADORA y/o PAGADORA:** De conformidad, y en los términos establecidos por la Ley 1527 de 2012, y demás disposiciones que la reglamenten modifiquen o sustituyan, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi (nuestro) empleador y/o entidad pagadora, para que deduzca y retenga de mi (nuestro) salario, honorarios y/o asignación pensional, la(s) cuota(s) de amortización del (los) crédito(s) otorgados por **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, más los intereses, seguros y demás valores que se causen por o con ocasión de dicha(s) obligación(es), y los entregue directamente a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien esta autorice. En consecuencia, ordeno(amos) descontar de mi(nuestro) salario(s), honorarios, y/o mesada pensional, la cantidad de \_\_\_\_\_ **PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ \_\_\_\_\_)** en cuotas mensuales (\_\_\_\_) y/o quincenales (\_\_\_\_), cada una por la suma de \_\_\_\_\_ **PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ \_\_\_\_\_)**, de acuerdo con el plan de amortización, hasta completar el valor del capital más los intereses de plazo correspondientes a la operación de crédito a mi favor aprobada. La primera cuota deberá ser descontada de mi(nuestro) salario(s), honorarios, y/o mesada pensional, el día \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) del mes de \_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), y así sucesivamente hasta completar el número de cuotas atrás señaladas. Ordeno(amos) entregar el valor de las cuotas atrás señaladas a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, dentro de los tres (3) primeros días comunes del mes siguiente a la fecha de descuento, hasta completar el valor del crédito, junto con los intereses de mora que se ocasionen, así como los honorarios y gastos de cobranza pre jurídica o jurídica si a ello hubiere lugar. Durante el tiempo que permanezca(amos) en vacaciones y/o licencias, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a mi(nuestro) empleador y/o entidad pagadora, para que de manera anticipada deduzca, retenga y traslade de mi(nuestro) salario, prestaciones sociales, indemnizaciones, bonificaciones y cualquier otra suma a mi(nuestro) favor, el valor de las cuotas que deba(amos) pagar por el crédito otorgado, de manera que el crédito otorgado no incurra en mora por dichas circunstancias. Igualmente y en atención a mi(nuestra) calidad de asociado de **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, autorizo(amos) para que sea descontada y trasladada la suma mensual de \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_) por concepto de los aportes sociales que estoy(amos) obligado(s) a cancelar. En el evento en que mi(nuestro) empleador y/o entidad pagadora, no pueda realizar los descuentos de mi(nuestro) salario, honorarios y/o asignación pensional, como consecuencia o por causa de licencias no remuneradas, suspensión del contrato, embargos, o cualquier otro evento, de manera expresa e irrevocable, autorizo(amos), para que dichos descuentos se reanuden una vez cesen o desaparezcan las causas que dieron origen a la suspensión, sin perjuicio de la obligación que le(s) asiste al(los) deudor(es) de realizar el pago por cualquiera de las modalidades que para tal fin le indique **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, y en caso de no hacerlo autorizo(amos) adicionar al valor ordinario de la cuota y hasta donde le sea posible a mi(nuestro) empleador o entidad pagadora, retener los valores dejados de descontar con sus respectivos costes informados oportunamente por **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**. Si como consecuencia de la disminución de la capacidad de descuento, no resulta posible a mi(nuestro) empleador y/o entidad pagadora trasladar el valor total de la cuota pactada, autorizo a mi(nuestro) empleador y/o entidad pagadora, a trasladar el monto que le resulte posible deducir y retener, y sin perjuicio de la obligación que me(nos) asiste de pagar la diferencia, en la forma como lo disponga **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**. Igualmente autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a mi(nuestro) empleador y/o entidad pagadora, para que en caso de desvinculación definitiva o terminación por cualquier causa del contrato, deduzca, retenga y traslade a favor de **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, los saldos insolutos del(los) crédito(s) a mi(nuestro) cargo, de las sumas a mi favor por concepto de prestaciones sociales, indemnizaciones, bonificaciones, así como de cualquier otra suma a la que en razón o con ocasión de dicha relación o contrato, tenga derecho. Así mismo, ordeno(amos) de manera expresa e irrevocable al fondo o entidad, en la que tenga(amos) el valor de las cesantías, para que, en caso de realizarse la liquidación definitiva de estas, de la suma que resulte, sea descontado y girado directamente a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, el saldo adeudado por concepto del(los) crédito(s) a mi(nosotros) otorgado(s).

En el evento en que cambie de empleador y/o entidad pagadora, la presente autorización de descuento, faculta a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, para que, sin el cumplimiento de cualquier otro requisito, solicite a mi(nuestro) nuevo empleador y/o entidad pagadora, la deducción, retención y traslado, de las sumas que por cualquier concepto adeude para la atención de las obligaciones adquiridas o contraídas bajo la modalidad de libranza o descuento directo. Constituirán plena prueba para los descuentos y retenciones que deba realizar mi (nuestro) empleador y/o entidad pagadora, los estados de cuenta y/o certificaciones que en tal sentido sean expedidos por **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**. Las autorizaciones contenidas en el presente documento serán aplicables tanto para el deudor principal, como para el deudor solidario, de manera que las deducciones y retenciones para la cancelación del(los) crédito(s) otorgados(s) se podrá exigir de cualquiera de los suscriptores del presente documento.

"En los términos de artículo 8 de la Ley 1527 de 2012, autorizo de manera expresa e irrevocable a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA** para que consulte mi información en las bases de datos que manejan los sistemas de salud y/o pensiones que para el efecto autorice o administre el Ministerio de Protección Social o quien haga sus veces, con el propósito de dar continuidad a la autorización de descuento contenida en la libranza firmada".

En señal de que acepto(amos) la(s) obligación(es) en los términos expresados, firmo(amos) solidaria y mancomunadamente la presente autorización en la ciudad de Bogotá, D.C., a los \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) días del mes de \_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_ (20\_\_\_\_).

**FIRMA DEUDOR:**

**FIRMA DEUDOR SOLIDARIO:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. No.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. No.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**FIRMA DEUDOR SOLIDARIO:**

**FIRMA DEUDOR SOLIDARIO:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. No.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. No.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**PERSONA AUTORIZADA POR LA EMPRESA PARA ACEPTAR Y FIRMAR LA LIBRANZA:** Conforme a la autorización impartida por el Trabajador, el Empleador y/o Entidad Pagadora, se obliga a realizar en la forma y plazo en que así se lo informe **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, los descuentos a que este obligado el trabajador, para ser aplicado a las obligaciones a su cargo, conforme con lo establecido por la Ley 1527 de 2012, y demás disposiciones que la reglamenten modifiquen o sustituyan.

En señal de aceptación se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) días del mes de \_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_ (20\_\_\_\_).

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O DE LA PERSONA AUTORIZADA POR EL EMPLEADOR Y/O ENTIDAD PAGADORA**