

☐ Afiliación

☐ Reingreso

☐ Actualización

Fecha

DD

MM

AA

DATOS PERSONALES

Nombre (Apellidos - Nombres)			Fecha de nacimiento <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>			Lugar de nacimiento		Nacionalidad		Género <div>F<input type="checkbox"/> M<input type="checkbox"/></div>	
Tipo Identificación <div>C.C.<input type="checkbox"/> C.E.<input type="checkbox"/></div>		Lugar expedición		Fecha de expedición <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>		Estado civil: <div>Soltero<input type="checkbox"/> Casado<input type="checkbox"/> Separado<input type="checkbox"/></div> <div>Viudo<input type="checkbox"/> Divorciado<input type="checkbox"/> Unión Libre<input type="checkbox"/></div>					
No.		Otro <input type="checkbox"/>									
Tipo de vivienda <div>Propia<input type="checkbox"/> Familiar<input type="checkbox"/></div> <div>Leasing<input type="checkbox"/> Arrendada<input type="checkbox"/> Hipoteca<input type="checkbox"/></div>		Estrato		Dirección residencia			Barrio		Ciudad		
Departamento		Teléfono fijo		Celular		Correo electrónico			Cabeza de familia		
Nivel académico: <div>Primaria<input type="checkbox"/> Secundaria<input type="checkbox"/> Técnico<input type="checkbox"/> Tecnólogo<input type="checkbox"/></div> <div>Universitario<input type="checkbox"/> Especialista<input type="checkbox"/> Maestría<input type="checkbox"/> Doctorado<input type="checkbox"/></div>				¿PEP?*		¿Familiares PEP?*		* Si la respuesta es afirmativa o tiene familiar asociado, debe diligenciarse formato anexo GSA-FOR-08			
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL E INFORMACION FINANCIERA DEL SOLICITANTE

Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Pensionado <input type="checkbox"/> Dependiente (Ingresos familiares) <input type="checkbox"/>		Nombre de la empresa o el Establecimiento			Teléfonos		Tipo de contrato		
Fecha de ingreso <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>		Ciudad		Profesión		Ocupación actual		Sector económico (servicios, salud, comercial, etc)		Administra recursos públicos <div>Si<input type="checkbox"/> No<input type="checkbox"/></div>	
Ingresos derivados de su actividad principal				Total Egresos			Total Activos		Total Pasivos		
\$				\$			\$		\$		
Otros ingresos		Concepto otros ingresos					Total Ingresos				
\$							\$				
¿Realiza operaciones con moneda extranjera?											
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? Banco País Moneda											

REFERENCIAS

R. Familiar Nombre (Apellidos - Nombre)		Parentesco		Dirección		Teléfono	
R. Personal Nombre (Apellidos - Nombre)		Parentesco		Dirección		Teléfono	

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A)

Nombre (Apellidos - Nombre)		Fecha de nacimiento <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>		Tipo ID <div>C.C.<input type="checkbox"/> C.E.<input type="checkbox"/> Otro<input type="checkbox"/></div>		Fecha de expedición <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>		Celular		
No.										
Nivel académico		Empresa			Cargo			Fecha de ingreso <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>		
Profesión		Salario		Otros ingresos:		Concepto otros ingresos		Egresos mes		
\$		\$						\$		

BENEFICIARIOS: Se entiende como beneficiarios, los que el asociado inscriba al momento de su ingreso o posteriormente, para beneficiarse de todas las actividades sociales que realiza la cooperativa Cootrachec.

“Si es casado o en unión marital de hecho no es necesario diligenciar la información del cónyuge o compañero (a) en esta pregunta”.
Se consideran beneficiarios del asociado y que estén inscritos en el registro social ante la Cooperativa, los siguientes:

ASOCIADO CASADO O EN UNIÓN MARITAL DE HECHO:

1. El cónyuge o compañero permanente, según el caso.
2. Los hijos que dependan económicamente del asociado hasta cumplir la mayoría de edad o incluso hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando estén cursando estudios.
3. Los hijos de cualquier edad con limitación física o cognitiva, debidamente acreditada.

ASOCIADO SOLTERO:

1. Los hijos que dependan económicamente del asociado hasta cumplir la mayoría de edad o incluso hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando estén cursando estudios.
2. Los hijos de cualquier edad con limitación física o cognitiva, debidamente acreditada.
3. Los padres del asociado, siempre y cuando dependan económicamente de éste.
4. Para los asociados que no cuenten con las condiciones de beneficiarios relacionados o con sociedad conyugal disuelta, podrán inscribir a una (1) persona como beneficiario.

Nombre (Apellidos - Nombres)	Parentesco	Género	TI-RC-CC-CE	No. Identificación	Fecha nacimiento			Nivel académico
		F/M			DD	MM	AA	

BENEFICIARIOS DE RECLAMACION

Designo y Autorizo a las personas señaladas en el cuadro siguiente, para que, en caso de mi fallecimiento, en los porcentajes (%) señalados, reciban el saldo que a mi favor quede, una vez descontadas todas mis obligaciones, en la Cooperativa Cootrachec, conforme a lo establecido en la ley, los estatutos sociales y los reglamentos internos. Manifiesto que esta decisión la tomo libre y voluntariamente sin presión alguna y con todas mis facultades mentales.

Nombre (Apellidos - Nombres)	Parentesco	Género	TI-RC-CC-CE	No. Identificación	Teléfono	%
		F/M				
						%
						%
						%
						%

AUTORIZACIONES:

- 1.Certifico que la información suministrada es veraz y autorizo su verificación, así mismo me comprometo a actualizarla anualmente. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
- 2.Autorizo, con carácter permanente a Cootrachec para que con fines estadísticos y de información interbancaria, informe, reporte y consulte a personas y entidades externas o bases de datos públicas y/o privadas, sobre el manejo de mis cuentas, los saldos a mi favor, a cargo, sobre mi trayectoria y comportamiento con las instituciones financieras y comerciales del país.
- 3.Para dar cumplimiento a disposiciones contenidas en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes, declaro expresamente que he suministrado datos personales, familiares y económicos, con finalidades específicas y autorizo para su utilización. Así mismo, declaro que he sido informado de la política de manejo de datos personales y el tratamiento de la información.
4. Declaro que conozco con plena conciencia que la reticencia o falsedad de la información sobre mi estado de salud deja sin efecto el seguro de aportes y deuda.
5. Autorizo tratar mis datos biométricos tales como huella, firma y fotografía con la única finalidad de verificar mi identidad.
- 6.Autorizo para que la información recopilada pueda ser usada por COOTRACHEC para realizar comunicaciones por medio del sistema de llamada automática por voz, o bien por medio de call center, de igual modo la autorización incluye la facultad de utilizar diferentes medios de comunicación como oficios, celular (incluyendo mensajes de texto), correo electrónico o cualquier otro dispositivo o medio que llegue a estar disponible, dichas comunicaciones podrán ser con fines informativos, verificación de datos, gestión de cobranza, promoción de productos y cualquier otro que la Cooperativa considere oportuno brindar a los asociados.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento a los ____ días del mes _____ de _____

Espacio de uso exclusivo para Cootrachec

Conozco y estoy de acuerdo que este documento es válido como tarjeta de apertura de la cuenta de Ahorros Rentames y el Registro de Firmas

No. Cuenta	N° Firmas	
	Registradas ()	Requeridas ()

Firma (s)

1 _____ 2 _____

Huellas dactilares (Indice derecho)

1	2
---	---

Firma Asociado

C.C. N°

Huella

Asesor

Aprobado: Si No Acta N° Fecha