

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

**DATOS PERSONALES**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Tipo de documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT		N° de documento		Lugar de expedición	
Fecha de expedición DD MM AAAA		F. de Nacimiento DD MM AAAA		Lugar de Nacimiento	
Nacionalidad		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado civil	
Ciudad de residencia		Dirección de residencia		Tipo de residencia <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>	
Barrio		Estrato		Teléfono residencia	
E-mail personal		Teléfono móvil		Envío de correspondencia <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/>	

**DATOS LABORALES**

Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Actividad económica CIU	
Ocupación			
Detalle de la actividad económica			
Nombre de la empresa		Tipo de empresa <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
Dirección		Ciudad	
Teléfono fijo		Ext	
Tipo de contrato		Fecha de inicio DD MM AAAA	
Fecha de terminación DD MM AAAA		Cargo	
Salario u honorarios		E-mail corporativo	

**DATOS FINANCIEROS**

Ingresos mensuales derivados de actividad principal		Otros ingresos (especificar)		Egresos mensuales	
Activos		Pasivos		Patrimonio	
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Cuales		¿Es declarante de renta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Posee cuentas en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Banco		Moneda	
Ciudad		Pais			
Vehículos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Propiedad Raíz <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público o desempeña una función públicamente prominente o destacada en el estado relacionada con algunos de los cargos descritos en el decreto 1074? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Administra recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Existe algún vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿Por su actividad o negocio, tiene o goza usted reconocimiento público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa por favor explique:  
¿Tiene familiares hasta segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?

Nombre completo		Cargo PEP'S		Parentesco	
Nombre completo		Cargo PEP'S		Parentesco	
Nombre completo		Cargo PEP'S		Parentesco	

**DATOS FAMILIARES**

Dato conyugue con quien convive		Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Tipo de documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT		N° de documento		Lugar de expedición		F. de Nacimiento DD MM AAAA	
Nivel académico		Profesión		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Ciudad de residencia	
Dirección de residencia		Teléfono de contacto		Teléfono móvil			
Hijos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Numero de hijos		Personas a cargo diferente a los hijos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Mujer cabeza de familia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

## APORTES MENSUALES

Me comprometo a realizar aportes mensuales por \$ \_\_\_\_\_ Forma de pago Caja \_\_\_\_\_ Nómina \_\_\_\_\_ Cuota de afiliación por \$ \_\_\_\_\_

REFERENCIAS Y REFERIDO

Referencia familiar que no conviva con usted			
Nombres	Teléfono de contacto	Dirección	Ciudad
Referencia personal que no conviva con usted			
Nombres	Teléfono de contacto	Dirección	Ciudad
Referido por:			
Nombre completo	C.C.	Parentesco:	Tel:

BENEFICIARIOS DE APORTES

T ID	TI CC CE	N° de documento	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje

Por favor tenga presente que la suma de los porcentajes debe ser igual a 100%

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

De ser aceptada mi solicitud, autorizo a la empresa en la que laboro para que descuente de mi sueldo mensual o quincenal la suma correspondiente, con destino a mis cuotas de aportes, créditos, y demás obligaciones que se deriven del presente vínculo según sea mi calidad de asociado, así como las cuotas extraordinarias que puedan decretarse. En el evento de no efectuarse el descuento por nómina, estoy obligado a realizar los pagos mensualmente de dichas cuotas mediante consignación en la cuenta que se indique. Para los efectos anteriores declaro que me obligo a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias vigentes, así como los que en el futuro dicten los organismos competentes de COOPTRAEXXON. En caso de estar vinculado laboralmente a alguna empresa, autorizo a la empresa, para deducir de mis prestaciones sociales legales, extralegales, indemnizaciones y subvenciones económicas a que tenga derecho, de acuerdo con el artículo 157 del código laboral colombiano, el total de los saldos de todas las obligaciones pendientes con la Cooperativa

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERIDICA Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE LA VERIFIQUE  
 ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACION DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE  
 AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACION A LAS CENTRALES DE RIESGO  
 DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL  
 DECLARO QUE EL ORIGEN DE LOS RECURSOS Y DEMAS ACTIVOS PROCEDEN DEL GIRO ORDINARIO DE ACTIVIDADES LICITAS Y QUE LOS RECURSOS QUE ENTREGO PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES:

FIRMA

Firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_.

Firma:

Numero de CC: \_\_\_\_\_

Huella del índice derecho

ESTUDIO Y APROBACION

Espacio para uso exclusivo de la cooperativa:

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación

Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)

Declaración de rente del último periodo gravable disponible

SI NO

SI NO

SI NO

Esta solicitud la estudio el Consejo de Administración el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_, según acta N° \_\_\_\_ . Aprobado

SI NO

Fecha:	Fecha:		
Firma Entrevista y Estudio	Firma Gerencia	Firma del Presidente del Consejo de Admin	Firma del Secretario del Consejo de Admin
Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre: