



SOLICITUD DE ASOCIACIÓN - ACTUALIZACIÓN DE DATOS

SOLICITUD DE INGRESO

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Ciudad	Oficina	Fecha Diligenciamiento		
		DD	MM	AAAA

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres		Apellidos				Nacionalidad			Sexo				
									M	F			
Tipo de Documento					Número		Expedida en		Fecha de Expedición				
C.C	C.E	T.I	R.C	PP					DD	MM	AAAA		
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda		Estrato	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado	Propia	Arrendada	Familiar	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Departamento		Municipio		
DD	MM	AAAA	Departamento		Municipio								
Correo Electrónico							No. Celular		Teléfono				
Personal					Corporativo								

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Entidad		Administración			Departamento			Municipio			
Dirección de la Entidad					Cargo			No. Teléfono		Sueldo	
Profesión				Tipo de contrato			Fecha de Ingreso				
				Planta	Supernumerario	Temporal	DD	MM	AAAA		
Actividad Economía:					CIU	¿Por su actividad maneja recursos públicos?			SI	NO	
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?					SI	NO	Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general?			SI	NO
¿Su conyugue, compañero permanente o algun familiar hasta segundo grado de consanguinidad goza de reconocimiento o poder publico ?								SI	NO		
Si alguna de las preguntas fue afirmada por favor especifique:											

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales de su actividad principal:		\$	Otros Ingresos:		\$	Total Ingresos Mensuales		\$			
Egresos Mensuales		\$	Otros Egresos Mensuales		\$	(Especificar):					
Total Activos		\$	Total Pasivos		\$	Patrimonio		\$			
fecha de corte de la información financiera suministrada			DD / MM / AAAA		Es declarante?		SI	NO			
Realiza operaciones en moneda extranjera			SI	NO	Cuales?						
Posee cuentas en moneda extranjera			SI	NO	Banco:		Moneda:		Numero de cuenta:		
Pais:					Ciudad:						

6. 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 COOTRADIAN, 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: Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

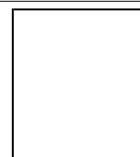
5. PARA USO EXCLUSIVO DE NOMINA

Fecha		Considerando mi reciente afiliación a la Cooperativa de Trabajadores de la Hacienda Pública y la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales "COOTRADIAN", comedidamente lo autorizo para descontar de mi sueldo base mensual de un _____ por ciento (%) a favor de la misma, descuento que debe efectuarse a partir del mes de _____										
DD	MM	AA										

Firma Pagador

Firma Solicitante y cédula de Ciudadanía

Huella Índice Derecho

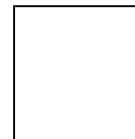


6. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES – LEY 1581 DE 2012

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

En mi calidad de titular de la información, actuando libre y voluntariamente. Autorizo de manera expresa e irrevocable a COOTRADIAN, a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular, o como representante de éste, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa 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 en la presente autorización. Declaro que: 1) Me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por COOTRADIAN. 2) Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a COOTRADIAN no utilizar o revocar mi información personal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) COOTRADIAN me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas.

Firma de Autorización



huella del
solicitante

7. INFORMACIÓN FAMILIAR

Núcleo familiar básico (Beneficiario de los servicios y ó En caso de fallecimiento)

DOCUMENTO I.D.	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	PORCENTAJE
		DD	MM	AAAA		
		DD	MM	AAAA		
		DD	MM	AAAA		
		DD	MM	AAAA		
		DD	MM	AAAA		

8. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos		Dirección		Teléfono	
Familiar	Nombres y Apellidos		Dirección		Teléfono	Parentesco

9. ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

OBSERVACIONES:

FECHA DE LA ENTREVISTA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA	FIRMA DEL FUNCIONARIO
D D	M M	A A A A	
FECHA VERIFICACION DE LA INFORMACION		NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA VERIFICACION DE LA INFORMACION	FIRMA DEL FUNCIONARIO VERIFICADOR
D D	M M	A A A A	

10. DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia Documento de Identidad	
Constancia de ingresos (Honorarios, laborales, certificacion de ingresos y retenciones, declaración renta)	
Acreditacion laboral de retiro (Exfuncionario)	