COOTRADIAN
¡Beneficios para todos!

COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA HACIENDA PÚBLICA Y LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES "COOTRADIAN"
PERSONERÍA JURÍDICA NO 0122 DEL 17 DE MARZO DE 1964 NIT: 860015708-1

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN - ACTUALIZACION DE DATOS

Formato Oficial de Cooperativa COOTRADIAN V.2

SOLICITUD DE INGRESO		ACTUALIZACIÓN DE DATOS		Ciudad	Oficina	Fecha Diligenciamiento		
						DD	MM	AAAA

Funcionario		Exfuncionario		Pensionado		Familiar	

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	Provisional	Temporal	DD	MM	AAAA

Actividad Economia:	CIIU		¿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 consaguinidad 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:		

4. 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 afiliacion 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. REFERENCIAS

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

8. ASOCIADO QUE LO PRESENTA

Nombres	**Apellidos**	**Parentesco**
Tipo de Documento	**Entidad donde labora**	**Dirección de domicilio**
C.C. ☐ **C.E.** ☐ **T.I.** ☐ **R.C.** ☐ **P.P.** ☐		

Número de documento	**Departamento**	**Municipio**	**No. Celular**	**Fecha de ingreso a COOTRADIAN**		
				DD	MM	AAAA

9. ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

OBSERVACIONES:

FECHA DE LA ENTREVISTA			**NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA**	**FIRMA DEL FUNCIONARIO**
DIA	MES	AAAA		
FECHA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN			**NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA VERIFICACION DE LA INFORMACIÓN**	**FIRMA DEL FUNCIONARIO VERIFICADOR**
DD	MM	AAAA		

10. DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia de Documento de Identidad. (Asociado y Persona a Vincular).	
Constancia de ingresos (Desprendible de Nómina, Honorarios, Certificación de ingresos y retenciones, y/o declaración renta).	
Certificación de Ingresos expedido por un contador(En caso de ser independiente).	
Registro civil de nacimiento (Hijos).	
Registro civil de matrimonio (Cónyuge).	
Escritura pública Notariada o Sentencia de Juez (Compañero permanente).	
Acreditacion laboral de retiro (Exfuncionario).	