



Fecha de diligenciamiento

Ciudad:  D  M  A

**Fecha Radicado**

El presente formulario se diligencia con motivo de: Vinculación  Reingreso  Actualización de datos

**1. Tipo de vinculación:**

Cliente/asociado  Si es para cliente/asociado indique el porcentaje de aporte mensual \_\_\_\_\_  
Proveedor / Contratista  Funcionario  Otro  Cual? \_\_\_\_\_

**2. Datos personales**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Tipo documento: C.C  C.E  Otro  Cual? \_\_\_\_\_ No identificación: \_\_\_\_\_  
Fecha de expedición D M A Lugar expedición: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento D M A  
Dirección residencia \_\_\_\_\_ Tel fijo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Celular No: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Estado civil \_\_\_\_\_ Estrato \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Envío de correspondencia: Dirección de residencia  Correo electrónico  Otro  Cual? \_\_\_\_\_

**3. Actividad economica**

Asalariado  Independiente  Pensionado  Estudiante  Otro  Cual? \_\_\_\_\_  
*Si su actividad es asalariado diligencie la siguiente información:*  
Empresa donde labora \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Telefono(s) \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_  
Fecha ingreso D M A Cargo: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Area: \_\_\_\_\_

**4. Información adicional**

**Persona expuesta públicamente:** Maneja recursos públicos Si  No  Ejerce cargo público Si  No   
**Realiza operaciones en moneda extranjera** Si  No  Tipo de operación: Inversión  Prestamo  Otro  Cual \_\_\_\_\_

**5. Información Financiera**

Ingresos mensuales \_\_\_\_\_ Otros ingresos \_\_\_\_\_ Descripción otros ingresos \_\_\_\_\_  
Egresos mensuales \_\_\_\_\_ Activos(bienes) \_\_\_\_\_ Pasivos (deudas) \_\_\_\_\_  
Declara renta Si  No  En caso de que la respuesta sea afirmativa adjuntar copia de la ultima declaración

**6. Información Tributaria (Aplica para proveedor/contratista o cliente independiente)**

Actividad económica: \_\_\_\_\_ Código CIU \_\_\_\_\_ Sujeto a retención Si  No   
Contribuyente de ICA Si  No  Tarifa ICA \_\_\_\_\_ Régimen común  Regimen simplificado

**7. Referencias financieras**

Entidad	Producto/servicio	Telefono	Contacto

**8. Referencia personal y familiar (No aplica para proveedor)**

Nombres y apellidos	Dirección	Ciudad	Telefono(s)
Personal			
Familiar			

**9. Cuenta bancaria para consignaciones o pagos**

Nombre titular de la cuenta \_\_\_\_\_ Entidad Financiera \_\_\_\_\_  
Sucursal \_\_\_\_\_ Numero de cuenta \_\_\_\_\_ Tipo: ahorros  corriente

**10. Beneficiarios aportes (Solo aplica para cliente/asociado)**

Nombres y apellidos	Tipo doc.	No documento	Parentesco	Fecha nacimiento	Porcentaje

Autorizo a las personas señaladas para que, en caso de mi fallecimiento, reciban lo que me corresponda de aportes en COOPETRASAM de acuerdo a los porcentajes (%) señalados, conforme lo establecido en la ley, el estatuto y los reglamentos. Manifiesto que esta decisión la tomo libre y voluntariamente sin presión alguna y todas mis facultades mentales.

### 11. Declaración de origen de fondos

Yo \_\_\_\_\_ con No de identificación \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ obrando en nombre propio y de manera voluntaria, dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto declaro expresamente que: 1) Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal 2) Los recursos que se deriven de esta relación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupo terroristas u otros similares. 3) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): \_\_\_\_\_

### 12. Autorización tratamiento de Datos Personales

Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS COOPETRASAM y/o a quien le sean cedidos los derechos para tratar mis datos personales, con finalidad principal de contratación, ejecución y comercialización de los bienes y servicios que ofrezca el responsable del Tratamiento "COOPETRASAM", así como el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (mensajes de texto, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y personales. El responsable del Tratamiento podrá tratar y conservar mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación con COOPETRASAM, todo esto conforme la política de tratamiento de datos personales adoptadas por la entidad y en cumplimiento con la Ley Habeas data 1266 de 2008.

### 13. Autorización de Consulta y reportes a centrales de Riesgo

Autorizo a COOPETRASAM o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la Central de Información Financiera -CIFIN- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones.

### 14. Otras declaraciones y compromisos

\* Al solicitar la afiliación a COOPETRASAM, me comprometo a aceptar el estatuto, los reglamentos y disposiciones en general de la entidad. Autorizo al pagador quien quiera que fuese, para efectuar sobre mis ingresos laborales, deducciones para cuotas de aporte y crédito(s) y todos aquellos convenios comerciales a los que me vincule, así como otras deducciones, que según el estatuto de COOPETRASAM haya determinado la Asamblea General y el Consejo de Administración

\* Declaro que esta información es cierta y me comprometo a actualizarla como mínimo una vez al año

\* Declaro que no tengo conflicto de intereses con COOPETRASAM

\* Autorizo a COOPETRASAM para verificar la información suministrada en el presente formato.

### 15. Firma y huella

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Tipo y No de identificación \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



### 15. Espacio exclusivo de Coopetrasam

Verificación de la información	Verificación documentos
Registra reporte negativo en Centrales de Riesgo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fotocopia documento identidad
Causal de reporte: _____	Certificación laboral (no mayor a sesenta días)
Fecha de consulta _____	Desprendibles pago de nómina (últimos 2 meses)
Nombre funcionario que consulta: _____	Fotocopia declaración de renta último año
	Certificado de ingresos y retenciones contador (independientes)
	Certificación bancaria
Firma funcionario Coopetrasam	Firma Oficial de Cumplimiento