



FORMULARIO DE AFILIACION

AUTORIZACIÓN

Al diligenciar este formulario en calidad de mayor de edad o representante legal del menor de edad, en su caso, autorizo a la Cooperativa Multiactiva COOTRANOR exclusivamente para actualizar y utilizar la información que he suministrado para contactarme a través de ellos para todos los efectos, administrativos y/o financieros derivados de la relación con la Entidad. Así mismo, autorizo a COOTRANOR para trámites cuando lo requieran o la entidad lo considere necesario; y/o solicitar y/o enviar información personal a entidades gubernamentales, de seguridad social, en los casos de ley (Circular Básica Jurídica y con fundamento en lo dispuesto en la Constitución Política de Colombia, la Ley 1266 de 2008, la Ley 1581 de 2012 y las normas que las desarrollan, complementan, modifican o sustituyen), y entidades de seguros y solo para lo relativo al manejo de riesgos.

Este formulario puede contener información de carácter sensible y para una mejor prestación del servicio agradecemos diligenciar la totalidad de los campos pues es de carácter obligatorio de acuerdo a lo establecido por las entidades supervisoras de nuestra entidad.

Autorizo expresamente a COOTRANOR para dar el tratamiento de los datos sensibles conforme a lo establecido en las normas y siempre exclusivamente en aquellos casos y para los fines que la ley así lo autorice. Para el efecto, la ENTIDAD ha establecido Políticas de Tratamiento de Información. En el evento en el que desee conocer, modificar o suprimir la información suministrada, le invitamos enviar un correo con la solicitud específica a la dirección cootranor@cootranor.org

Ciudad y Fecha:

DATOS DE CONTACTO

Nombres y Apellidos:			
Cédula Ciudadanía No.	Cédula Extranjería No.	Pasaporte:	
Lugar y Fecha de Expedición:	Género: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):	Lugar de Nacimiento:	Departamento:	
Dirección residencia:	Barrio y Ciudad:		
Estrato:	Teléfono fijo:		
Teléfono celular:	E-Mail Personal:		
Estado Civil	Casado (a)		Soltero (a)
	Separado (a)		Unión Libre
Tipo de Vivienda	Propia		Arriendo
	Familiar		Otra

NIVEL ACADÉMICO

NIVEL ACADEMICO	Primaria		Bachillerato		Técnico/Tecnológico	
	Universitario		Especialización		Doctorado / Maestría	
EDUCACIÓN COOPERATIVA	Ninguna		Básica		Media	
	Avanzada		Otra		¿Cuál?	

INFORMACIÓN LABORAL

TIPO ASOCIADO /OFICINA	SUPERNOTARIADO		REGISTRO II.PP.		NOTARIA	
	PENSIONADO (A)		INDEPENDIENTE		FAMILIAR ASOC	
Entidad donde labora:			Entidad Pagadora de la pensión (pensionados)			
Dirección Oficina:			Teléfono Fijo:			
Celular No.			E-Mail Institucional:			
Fecha Ingreso a la Entidad:			Cargo:			
Nivel del cargo (asistente, jefe, etc.):			Área o Dependencia del cargo:			
Ciudad			Tiempo que labora para esta Empresa:			
Ingresos Mensuales Actividad Principal: \$			Otros Ingresos: \$			
Concepto de Otros Ingresos:						
Valor Aporte Mensual 4%:						

INFORMACIÓN FINANCIERA

ACTIVOS		PASIVOS	
Inversiones	\$	Obligaciones con otras entidades financieras	\$
Inmuebles urbanos y rurales (avalúo catastral)	\$	Otros pasivos	\$
Vehículos	\$	Total Pasivos	\$
Otros activos	\$	Total Patrimonio	\$
TOTAL, ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	\$

INFORMACIÓN SISTEMA DE ADMINISTRACION DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (SARLAFT)

Declara Renta	Si	No
Goza de Reconocimiento Público	Si	No
Administra Recursos Públicos	Si	No
Ejerce algún grado de Poder Público	Si	No
Realiza Operaciones Moneda Extranjera	Si	No
Posee Cuentas en Moneda Extranjera	Si	No
Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera:		

INFORMACIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE COOTRANOR (SARLAFT)

Certificado Antecedentes Disciplinarios (PROCURADURIA)	Si	No
Certificado Antecedentes Judiciales (POLICIA NACIONAL)	Si	No
Certificado Antecedentes Fiscales (CONTRALORIA)	Si	No
Certificado Estado Documento Identidad (REGISTRADURIA)	Si	No
Asociado es Persona Expuesta Públicamente (PEP)	Si	No
Consulta Listas Vinculantes	Si	No

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento delego como beneficiario del saldo de aportes, ahorros y auxilios de captación a las siguientes personas

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	DIRECCION	%
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

BENEFICIARIOS AUXILIO EXEQUIAL

Familiares en Primer grado de consanguinidad (Madre, Padre, Hijos y Cónyuge)

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	DIRECCION
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

FIRMA DEL ASOCIADO

FUNCIONARIO QUIEN VERIFICA:

Vo.Bo. CONSEJO DE ADMINISTRACION

C.C.

CARGO:

PRESIDENTE

NOTA: "Señor(a) Asociado(a) recuerde que es de carácter obligatorio el diligenciamiento del total de la información del presente FORMATO en forma clara, veraz, sin enmendaduras ni tachaduras y en caso de omisión y no presentación a nuestras oficinas, nos veremos obligados a implementar sanciones en los beneficios otorgados por la entidad".