

NIT. 860.023.189-2 El formato debe ser diligenciado en tinta negra sin tachones ni enmendaduras y con letra imprenta. Todos los campos son obligatorios, si no cuenta con algún dato, por favor diligenciar en el campo respectivo "No aplica (NA)"; cuando existan varios campos consecutivos que no aplique, se podrá trazar una línea diagonal sobre los mismos.

Tipo de Solicitud		Tipo de Afiliación		Fecha de radicación			Creación <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/>		
Persona natural <input type="checkbox"/>	Menor de edad <input type="checkbox"/>	Ventanilla <input type="checkbox"/>		DD	MM	AAAA			
Canal de atención que gestiona Principal <input type="checkbox"/> Casona <input type="checkbox"/> Cagua <input type="checkbox"/> Nemocón <input type="checkbox"/> Bogotá <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____									

I. PERSONAL NATURAL - REPRESENTANTE LEGAL - AUTORIZADO

Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número de documento		Fecha de expedición DD MM AAAA		Lugar de expedición		Nacionalidad		
Primer apellido			Segundo apellido			Nombres completos				
Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Municipio / ciudad de nacimiento			Departamento de nacimiento			Edad	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		Madre cabeza de familia Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ocupación u oficio Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>		Nivel de estudios No escolarizado <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Magister <input type="checkbox"/>					
Dirección de domicilio				Departamento		Ciudad		Barrio		
Teléfono fijo		Celular		Correo electrónico			Tipo de vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>		Estrato	

II. INFORMACIÓN LABORAL - PERSONA NATURAL - REPRESENTANTE LEGAL - AUTORIZADO

Empresa donde labora - Empresa pagadora de la pensión				Dirección de la empresa donde labora				Cargo	
Tipo de contrato Pr. Servicios <input type="checkbox"/> T.Fijo <input type="checkbox"/> T. Indefinido <input type="checkbox"/>		Fecha de ingreso DD MM AAAA		Departamento		Municipio		Barrio	
Culm de obra <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		¿Administra recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Declara Renta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Descripción actividad económica / Independientes			Código CIU

III. INFORMACIÓN FINANCIERA - PERSONA NATURAL - REPRESENTANTE LEGAL - AUTORIZADO

Ingresos mensuales actividad principal \$		Egresos Mensuales \$		Total Activos \$		Total Pasivos \$	
Patrimonio \$		Otros Ingresos \$		Descripción de otros ingresos			

IV. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA - PERSONA NATURAL - REPRESENTANTE LEGAL - AUTORIZADO

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuáles?								
¿Posee cuentas en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de Cuenta		Banco		Moneda		País		Ciudad

V. MENOR DE EDAD DE 0 A 13 AÑOS

Tipo de identificación R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		Número de documento		Fecha de expedición DD MM AAAA		Lugar de expedición		Nacionalidad	
Primer apellido			Segundo apellido			Nombres completos			
Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Municipio / ciudad de nacimiento			Departamento de nacimiento			Edad	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Depende económicamente de: Padres <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		Parentesco con el representante legal Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		Ocupación u oficio del menor de edad		Nivel de estudios del menor de edad No escolarizado <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>			
Dirección de domicilio				Departamento		Ciudad		Barrio	
Teléfono fijo		Celular		Correo electrónico			¿Administra recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Declara Renta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

VI. INFORMACIÓN FINANCIERA - MENOR DE EDAD DE 0 A 13 AÑOS

Ingresos mensuales actividad principal \$		Egresos Mensuales \$		Total Activos \$		Total Pasivos \$	
Patrimonio \$		Otros Ingresos \$		Descripción de otros ingresos			

VII. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA - MENOR DE EDAD DE 0 A 13 AÑOS

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuáles?								
¿Posee cuentas en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de Cuenta		Banco		Moneda		País		Ciudad

VIII. REFERENCIAS - PERSONA NATURAL - REPRESENTANTE LEGAL - AUTORIZADO

	Nombres y apellidos	Teléfono(s)	Parentesco	Dirección
Familiar				
Personal				

IX. INFORMACIÓN COMERCIAL

¿Cómo se enteró de COOTRAPELDAR? Promotor <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Ferias o eventos <input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Página Web <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____					
¿Es usted referido por un Asociado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombres y apellidos del asociado que lo referencia		No. de identificación	Teléfono

X. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____ identificado(a) con el documento de identidad No. _____ expedido en _____, obrando en nombre propio y/o representación legal de _____ con documento de identidad No. _____, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fondos en atención al procedimiento de debida diligencia adoptado de conformidad con el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (en adelante SARLAFT) de COOTRAPELDAR.

1. Los recursos o bienes que entrego a COOTRAPELDAR provienen de las siguientes fuentes: (Descripción detallada de la fuente y origen de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc. No incluir genéricos): _____

2. Si posee ingresos adicionales especifique _____

3. Declaro que estos recursos o bienes no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. 4. Que los recursos o bienes que se deriven del desarrollo del vínculo jurídico que suscriba con COOTRAPELDAR, no se destinarán a ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. 5. No admitiré que terceros realicen ninguna transacción a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. 6. Informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración. 7. De acuerdo con el Estatuto, me comprometo a actualizar los datos e información que fueren requeridos por COOTRAPELDAR, por lo menos una (1) vez al año, o cuando así lo requiera COOTRAPELDAR. 8. Que autorizo a COOTRAPELDAR a cancelar todo vínculo jurídico, en caso de infracción de cualquiera de los compromisos y obligaciones contenidos en este documento o porque aparezca la entidad que represento o mi nombre o identificación en las listas de control de riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo nacional o internacional que consulte COOTRAPELDAR. 9. Que por lo tanto, eximo a COOTRAPELDAR de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o en cualquier documento que la modifique, adicione o complementa.

XI. SOLICITUD DE MARCACIÓN DE CUENTA DE AHORROS EXENCIÓN DEL GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS (GMF)

Yo, _____ identificado(a) con el documento de identidad No. _____, expedido en _____, solicito la aplicación de la Exención del Gravamen a los Movimientos Financieros prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario, para el efecto me permito informar: **1.** Que conozco y acepto que la exención prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario, sólo se puede aplicar a una cuenta de ahorros por persona, siempre y cuando se trate de un único titular. **2.** Que en la actualidad soy único titular de la cuenta de ahorros en **COOTRAPELDAR** identificada en el presente formulario. **3.** Que no he solicitado y me comprometo a no solicitar dicha exención ante otra entidad financiera mientras exista la exención sobre la cuenta de ahorros, respecto a la cual estoy solicitando la aplicación del beneficio tributario. **4.** Manifiesto bajo la gravedad de juramento que realizo la presente solicitud de exención, en razón de que a la fecha no gozo del beneficio tributario en ninguna otra cuenta de ahorros en **COOTRAPELDAR**, ni en otra entidad financiera. **5.** Autorizo a **COOTRAPELDAR** para validar en el sistema financiero que no existe ya una cuenta marcada para este fin, y que de no existir se procederá con la marcación de la cuenta a partir del día _____ del mes de _____ del año _____, fecha en la cual no se generará el impuesto de acuerdo con los topes estipulados por la Ley. **6.** Autorizo expresa e irrevocablemente a **COOTRAPELDAR** para que suministre toda la información relacionada con mis datos personales y la cuenta de ahorros mencionada en el presente formato a las autoridades competentes, y demás entidades financieras que la soliciten, con el fin de verificar la adecuada aplicación de la exención prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario. **7.** En caso de estar en proceso de apertura la cuenta de ahorros en **COOTRAPELDAR** autorizo a diligenciar el espacio en este formulario con el número asignado y marcarlo para acceder al beneficio tributario. De acuerdo a lo anterior, exoneró a **COOTRAPELDAR** de toda responsabilidad derivada de la presente declaración.

Autorizo No autorizo Número de la Cuenta de Ahorros _____ Fecha de Apertura de la Cuenta DD MM AAAA

XII. OTRAS DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a **COOTRAPELDAR** para que la verifique por cada producto o servicio que utilice y asumo plena responsabilidad de la misma. **2.** Autorizo en forma clara, expresa e irrevocable a **COOTRAPELDAR** para reportar, consultar, procesar, solicitar, y/o suministrar a las Centrales de Información Financiera o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos de información financiera, crediticia, comercial y/o de servicios, todo lo relativo a mi información, de que disponga en cualquier tiempo y al cumplimiento o no de mis obligaciones presentes, pasadas y futuras en los términos legales. Así mismo, autorizo expresa e irrevocablemente a **COOTRAPELDAR** a verificar todos los antecedentes referentes al comportamiento crediticio, hábitos comerciales, manejo de cuentas y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones. **3.** Autorizo a **COOTRAPELDAR** para que en caso de que la solicitud sea negada destruya todos los documentos que se han aportado. **4.** Autorizo a **COOTRAPELDAR** para que reporte, conserve, consulte o actualice cualquier información de mi comportamiento financiero. **5.** Yo en calidad de Representante Legal me comprometo a dar cumplimiento de los reglamentos y el Estatuto de **COOTRAPELDAR** y asumir con responsabilidad las obligaciones que le competen al menor de edad al realizar la vinculación a **COOTRAPELDAR**. **6.** Autorizo expresa e irrevocablemente a **COOTRAPELDAR** para hacer uso de mi imagen para las campañas comerciales y demás actividades de comunicación y divulgación de marca que realice. **7.** Autorizo expresa e irrevocablemente a **COOTRAPELDAR** para que a mí, así como a las personas que soportan mi ingreso (si aplica) me (nos) consulte(n) las veces que considere necesario en listas vinculantes y restrictivas con el fin de dar cumplimiento a los lineamientos del SARLAFT de **COOTRAPELDAR**. El Consejo de Administración podrá imponer la sanción de exclusión, al asociado que se encuentre incluido en listas restrictivas y vinculantes sobre LA/FT. **8.** Autorizo expresa e irrevocablemente a **COOTRAPELDAR** para que me envíe cualquier información que considere pertinente mediante mensajes de texto.

XIII. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Tiene usted parentesco con algún miembro del Consejo de Administración, Junta de Vigilancia y/o Representante Legal de **COOTRAPELDAR**. Si No
 Nombre _____ Parentesco _____

XIV. PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE (PEP'S)

1. ¿Usted es funcionario público o ha sido funcionario público en los últimos dos (2) años? Si No Si su respuesta fue afirmativa, indique fecha de vinculación _____
2. ¿Usted actualmente administra recursos públicos o los ha administrado durante los últimos dos (2) años? Si No **3.** ¿Usted goza de reconocimiento público en alguna comunidad? Si No **4.** ¿Usted es cónyuge o compañero permanente o familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad, de una persona expuesta públicamente? Si No

XV. DECLARACIÓN FATCA

Mediante el presente documento manifiesto que: **1.** He permanecido 31 días o más durante el año en curso o 183 días durante un periodo de 3 años, que incluye el año en curso y los 2 años inmediatamente anteriores dentro del Territorio de los Estados Unidos Si No **2.** Soy poseedor de la Tarjeta Verde (Green Card) de los Estados Unidos (Tarjeta de Residencia). Si No **3.** Recibo sumas de dinero, fijas u ocasionales (ingreso FDAP) que provienen de fuentes dentro de los Estados Unidos. Si No **4.** Recibo ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que puede producir rentas, intereses o dividendos cuya fuente se encuentre dentro de los Estados Unidos Si No **5.** Soy ciudadano de los Estados Unidos residente en Colombia Si No **6.** Estoy obligado a tributar en Estados Unidos Si No TIN _____

XVI. AUTORIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a **COOTRAPELDAR** al tratamiento de mis datos personales para las finalidades que regulan su función financiera, social, comercial y contractual, conforme a su Política de Tratamiento de Datos, la cual declaro conocer junto con el Aviso de Privacidad que están disponibles en cootrapeldar.coop

XVII. AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Mediante la firma del presente formato autorizo a **COOTRAPELDAR** en forma permanente e irrevocable para debitar de mi(s) cuenta(s) de ahorro(s) los valores correspondientes a mis cuotas de amortización de créditos, así mismo los saldos en mora que tenga por cualquier concepto y en cualquier momento.

FIRMA DEL ASOCIADO O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, _____, identificado(a) con documento de identidad No. _____, obrando en nombre propio y/o representación legal de _____ con documento de identidad No. _____, como aparece al pie de mi firma, en constancia de haber leído y entendido en su totalidad la información anterior y aceptado las siguientes autorizaciones descritas en el presente formato: **sección XI.** solicitud de marcación de cuenta de ahorros exención del gravamen a los movimientos financieros (GMF) y la **sección XII.** otras declaraciones y autorizaciones; firmo el presente formato en señal de aceptación total de su contenido en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma del asociado o representante legal

Tipo y número de identidad número: _____

Huella Asociado o representante legal

ESPACIO RESERVADO PARA COOTRAPELDAR
INFORMACIÓN DE ENTREVISTA
CONFIRMACIÓN DE INFORMACIÓN

Lugar de la entrevista _____
 Fecha de la entrevista Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de la entrevista _____
 Observaciones _____
 Nombre del trabajador que realizó la entrevista _____
 Firma del trabajador que realizó la entrevista _____

Fecha de la verificación Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de la verificación _____ Nombre y cargo del trabajador responsable de verificar la información _____
 Firma de trabajador responsable de verificar la información _____
 Observaciones _____ O.K. D.F.
 _____ D.N.C. D.I. D.N.S.

Resultado de la entrevista Aceptada Rechazada


Resultado consulta en listas de control
Vo.Bo de quien autoriza la vinculación

OFAC ONU OTRAS
 Vo.Bo Oficial de Cumplimiento o equipo de apoyo

Firma de quien autoriza la vinculación