



COOPERATIVA INTEGRAL DE LOS TRABAJADORES DEL HOTEL CARTAGENA HILTON - COOTRAHILTON

NIT 890.481.033-5

FORMATO DE AFILIACION Y/O ACTUALIZACION DE DATOS

Fecha de Radicación:

1. INFORMACION GENERAL					
Nombres:		Apellidos:			
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Identificación:		Lugar y Fecha de Expedición:	
Barrio:	Dirección de Residencia:			Ciudad / Departamento:	
Telefono:	Celular:		Correo Electrónico:		
Estado Civil:	Nivel de Escolaridad:			Cursa Estudios Actualmente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
No Cuenta Bancaria:	Banco:		Es Usted Mujer Cabeza de Familia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Desea Afiliarse a los Seguros Exequiles SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cual? Recordar <input type="checkbox"/> Los Olivos <input type="checkbox"/>					
2. INFORMACION FAMILIAR					
Nombres y Apellidos del Conyuge:			Ocupación:		
Empresa Donde Labora:		Teléfono y/o Celular:		Correo Electronico	
HIJOS					
Nombres	Edad	Estado Civil	Empleado	Nivel Escolaridad	
3. INFORMACION LABORAL Y FINANCIERA					
Empresa Donde Labora:		Fecha de Ingreso:		Ocupación:	
Salario Básico: \$	Otros Ingresos: \$	Egresos Mensuales: \$		Activos: \$	
4. APORTES					
Rango de Aporte Quincenal: Mínimo: 8% <input type="checkbox"/> Máximo: 55% <input type="checkbox"/> Otro _____					
*El valor de su aporte debera ser calculado en base al salario mínimo legal vigente.					
5. BENEFICIARIOS					
Nombres y Apellidos	Tipo Doc	No Documento	Parentesco	Fecha Nac	Porcentaje

Por su cargo o actividad maneja recursos publicos? SI NO

Por su cargo o actividad ejerce algun grado de poder publico? SI NO

Por su actividad u oficio goza de reconocimiento publico general? SI NO

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique _____

Tiene vinculo familiar con alguna persona que cumpla con las características anteriores? SI NO

Si su respuesta es si por favor especifique nombre completo _____

AUTORIZACION, CONDICIONES Y COMPROMISOS

Al solicitar la afiliacion a **COOTRATUR**, 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 los ingresos laborales, las deducciones para las cuotas de aporte y crédito(s), así como otras deducciones, que según el Estatuto de **COOTRATUR** haya determinado la Asamblea General y el Consejo de Administración. También autorizo me sea descontada la cuota de afiliación a **COOTRATUR**

DECLARACION DE ORIGEN Y DESTINACION DE FONDOS

Declaro expresamente que:

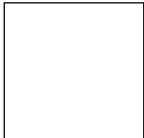
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes actividades fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) _____
- Tanto mi actividad, profesión u otro oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades licitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven el desarrollo de esta afiliación no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

AUTORIZACION CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a **COOTRATUR** 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, o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información financiera referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos.

Firma: _____

CC: _____

Huella 

ESPACIO EXCLUSIVO COOTRATUR

Aprobado en reunión del Consejo de Administración con fecha: Dia _____ Mes _____ Año _____

Según Acta No _____

Vo Bo _____ Presidente

Vo Bo _____ Secretario (a)

- Anexar:
- Fotocopia del Documento de Identidad
 - Constancia de Ingresos o Dos (2) Últimos Desprendibles de Pago
 - Fotocopia Documento de Identidad de los beneficiarios