



Señores
CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
Bogotá D.C.

TIPO DE SOLICITUD	
Vinculación <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>

Sírvase aceptar mi afiliación como asociado a la Cooperativa, por lo tanto estoy dispuesto a acogerme a los Estatutos y demás reglamentos vigentes, los cuales declaro que conozco y en consecuencia autorizo expresamente al señor **TESORERO** de la Contraloría General de la República, Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, Auditoría General de la República, Cooperativa Multiactiva de Empleados de la Contraloría General de la República y/o la entidad que esté a cargo de las mesadas pensionales, para que descuente de mi asignación básica mensual las cuotas periódicas de aportes de capital en proporción al 4%. De este valor autorizo a Contragar se descuente, por una única vez, lo correspondiente a la cuota de afiliación. Además, a descontar \$1.000 mensuales para el Fondo de Solidaridad de la Cooperativa Contrager.

DATOS PERSONALES			
Nombres y Apellidos:			
C.C.:	Fecha de expedición:	Lugar de expedición:	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Estado civil:	
Genero:	Dirección residencia:		
Barrio:	Ciudad:	Departamento:	
Teléfono:	Celular:	Ocupación, oficio o profesión:	
Correo electrónico:			
Nombres y apellidos del cónyuge:		C.C.:	
Hijo:	C.C.:	T.I.:	
Hijo:	C.C.:	T.I.:	
Hijo:	C.C.:	T.I.:	
AUXILIO MUTUO DEL FONDO DE SOLIDARIDAD			
Declaro como beneficiario(s) a:			
Nombres y Apellidos:		C.C.:	T.I.:
Nombres y Apellidos:		C.C.:	T.I.:
Nombres y Apellidos:		C.C.:	T.I.:
Nombres y Apellidos:		C.C.:	T.I.:
DATOS LABORALES			
Empresa:			
Dirección:		Teléfono:	Extensión:
Cargo:	Fecha de ingreso:	Tipo de contrato:	
Salario:	Prima técnica (%):	Piso:	
Dependencia:			
INFORMACIÓN ECONOMICA			
Ingresos Mensuales :	\$	Activos:	\$
Egresos Mensuales :	\$	Pasivos:	\$
Otros Ingresos:	\$	Patrimonio:	\$
Concepto otros ingresos:			
¿Por su actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Por su actividad ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique:			
Breve descripción de la actividad:			
OPERACIONES INTERNACIONALES			
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/>			
Productos financieros en el exterior SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otra: _____			
Nombre de entidad:		Número de cuenta:	
Ciudad:	País:	Moneda:	Monto:
DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS			
1. Obrando en nombre propio, de manera voluntaria Declaro que la información consignada en este formulario concuerda con la realidad, y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma. Afirmo que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales, y declaro que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):			
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. Declaro que No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas.			



AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

1. La información que he suministrado en la solicitud o actualización es veraz y verificable y me comprometo a actualizar anualmente o cada vez que así lo solicite CONTRAGER, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos.

2. Autorizo a CONTRAGER para verificar y reportar la información aquí suministrada a través de cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines de acuerdo con la ley.

3. Autorizo a Contrager para que consulte y/o reporte mi historial y comportamiento en lo referente a lavado de activos y financiación del terrorismo Sarlaft, a verificar las listas restrictivas, la Ofac, lista ONU, Fiscalía, Procuraduría, Contraloría y policía.

4. En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y, de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento autorizo a Contrager a recolectar, almacenar, usar y actualizar los datos personales del cual soy titular, así como los datos aquí registrados de la persona jurídica por mí representada, los cuales se tratarán, únicamente, con la finalidad o propósito del pleno desarrollo del objeto social de Contrager, conforme a las normas de seguridad y deberes establecidos en la Ley 1581 de 2012 y las políticas internas de Contrager.

Contrager será la responsable de garantizar que la infraestructura, hardware y software usados sean los apropiados para almacenar y manejar, de forma segura y confiable, la información de los datos personales de los titulares. En caso de que el titular de los datos personales desee conocer, actualizar, rectificar, suprimir información y/o revocar la autorización para el uso de sus datos personales, podrá comunicarse mediante correo electrónico de Contrager y número telefónico.

FORMA DE PAGO - AUTORIZACIÓN

Para efectos de transferencias autorizo para que estos valores sean consignados en mi cuenta que se indica a continuación con la certificación bancaria anexa:

Nombre de entidad:	N° de cuenta:
Tipo de cuenta:	Ciudad:

DOCUMENTOS ADJUNTOS

- Formulario de vinculación totalmente diligenciado sin tachones ni enmendaduras
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- Certificación Bancaria
- Copia de los dos últimos comprobantes de nómina.

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo.

_____ Firma del solicitante C.C.	 Huella	_____ Fecha
--	---	----------------

ESPACIO PARA LA TESORERÍA

Firma, Fecha y Sello del Pagador

ESPACIO PARA LA COOPERATIVA

INFORMACIÓN ENTREVISTA		VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	
Lugar: _____	Fecha: _____	Lugar: _____	Fecha: _____
Observaciones: _____		Observaciones: _____	
Confirmación información: Personal <input type="checkbox"/> Telefónicamente <input type="checkbox"/>		Firma oficial de cumplimiento _____ Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>	
Firma empleado: _____			

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Aceptado en sesión de fecha _____ según acta No. _____

Aplazada o rechazada en sesión de fecha _____ según acta No. _____

_____ El Presidente del Consejo _____ El Secretario