

LA SOLICITUD DEBE SER DILIGENCIADA EN LETRA IMPRENTA, CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA, SIN ENMENDADURAS O TACHONES.

| CIUDAD  | DEPARTAMENTO  | FECHA DE SOLICITUD   | DD   | MM                  | AAAA                         |
|---|---|--|--|---------------------|------------------------------|
| 1. INFORMACIÓN PERSONAL   |   |  |  |                     |                              |
| PRIMER APELLIDO   | SEGUNDO APELLIDO                                    | PRIMER NOMBRE  | SEGUNDO NOMBRE   | RH                  |                              |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br><input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. N° | FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO<br>DD   MM   AAAA | MUNICIPIO  | Y  | DEPARTAMENTO        | *(REQUISITO OFICINA VIRTUAL) |
| FECHA DE NACIMIENTO<br>DD   MM   AAAA   | CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO                 | NACIONALIDAD   | ESTADO CIVIL<br><input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO<br><input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO |                     |                              |
| TIPO DE VIVIENDA<br><input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR    | DIRECCIÓN RESIDENCIA ACTUAL                         | AUTORIZO RECIBIR MI CORRESPONDENCIA EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:<br><input type="checkbox"/> |  |                     |                              |
| CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA   | BARRIO  | N° HIJOS   | CABEZA HOGAR<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  | N° PERSONAS A CARGO | ESTRATO                      |
| CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL)   | TEL. RESIDENCIA                                     | CELULAR  |  |                     |                              |

| 2. INFORMACIÓN ACADÉMICA Y LABORAL   |   |  |                       |  |  |
|--|---|--|-----------------------|--|--|
| NIVEL ACADÉMICO<br><input type="checkbox"/> POSDOCTORADO <input type="checkbox"/> MAGÍSTER <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> PRIMARIA<br><input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> NINGUNO |   | TÍTULO OBTENIDO  | INSTITUCIÓN EDUCATIVA |  |  |
| PROFESIÓN/OCUPACIÓN  | EMPRESA DONDE LABORA  | CARGO  | TEL. OFICINA - EXT.   |  |  |
| SEDE - DIRECCIÓN LABORAL   | CIUDAD - DEPARTAMENTO EMPRESA   | CORREO CORPORATIVO (EMPRESA)   |                       |  |  |
| FECHA INGRESO<br>DD   MM   AAAA  | TIPO DE CONTRATO<br><input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO | INGRESO MENSUAL NÓMINA<br>\$   | BANCO                 | APORTES SOCIALES (Min 3% Máx 40%)<br>% |  |
| TIPO DE CUENTA<br><input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE  | # CUENTA DE NÓMINA  | AUTORIZO A RECIBIR MI CORRESPONDENCIA EN LA DIRECCIÓN DE<br>MI RESIDENCIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                       |  |  |

| 3. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS Y REFERENCIAS   |  |                |                                    |            |          |  |  |
|---|--|----------------|------------------------------------|------------|----------|--|--|
| NÚCLEO FAMILIAR: Personas con vínculo de parentesco más estrecho (Paternas/cónyuges/hijos); Autoriza le sean entregados los auxilios establecidos por COOPTALENTUM. |  |                |                                    |            |          |  |  |
| BENEFICIARIOS: Personas a las cuales usted desea entregar el total o un porcentaje de sus aportes en caso de sufrir un deceso.                                      |  |                |                                    |            |          |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS   | TIPO IDENTIFICACIÓN<br>R.C./T.I./C.C./C.E./PAS | IDENTIFICACIÓN | FECHA NACIMIENTO<br>DD   MM   AAAA | PARENTESCO | TELÉFONO | Selecciona X según corresponda<br>NÚCLEO.FAMILIAR BENEFICIARIO | Del 100% de sus aportes,<br>indique el % que desea otorgarle al beneficiario |
| 1.  |  |                | DD   MM   AAAA                     |            |          |  |  |
| 2.  |  |                | DD   MM   AAAA                     |            |          |  |  |
| 3.  |  |                | DD   MM   AAAA                     |            |          |  |  |
| 4.  |  |                | DD   MM   AAAA                     |            |          |  |  |
| 5.  |  |                | DD   MM   AAAA                     |            |          |  |  |
| 6.  |  |                | DD   MM   AAAA                     |            |          |  |  |

| REFERENCIA FAMILIAR Y PERSONAL |          |           |          |
|--------------------------------|----------|-----------|----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS            | RELACIÓN | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|                                |          |           |          |
|                                |          |           |          |

| 4. DOCUMENTOS ANEXOS  |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANEXO FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD | <input type="checkbox"/> ENVÍO A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO: bienestarcooptalentum@cooptalentum.coop |

## 5. INFORMACIÓN FINANCIERA

|  |    |                                   |                       |                           |                 |       |
|--|----|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------|-------|
| Por favor diligenciar los campos en su totalidad                     |    | RELACIÓN OTROS INGRESOS           | TIPO (Concepto)       | VALOR                     | TIPO (Concepto) | VALOR |
| Ingresos mensuales derivados de su actividad principal               | \$ |                                   |                       |                           |                 |       |
| <b>Total Otros Ingresos</b> (Especificar en tabla de otros ingresos) | \$ | TIPO (TERRENO/VEHÍCULO/APTO/CASA) | VALOR COMERCIAL (COP) | VALOR PENDIENTE POR PAGAR | Prenda (SI/NO)  |       |
| Egresos Mensuales  | \$ |                                   | \$                    | \$                        |                 |       |
| Total activos  | \$ |                                   | \$                    | \$                        |                 |       |
| Total pasivos  | \$ |                                   | \$                    | \$                        |                 |       |
| Total Patrimonio   | \$ | <b>TOTAL BIENES</b>               |                       |                           |                 |       |

## 6. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

|   |  |                             |  |              |              |
|---|--|-----------------------------|--|--------------|--------------|
| REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? | SI <input type="checkbox"/>  | NO <input type="checkbox"/> | <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: auto;"></div> HUELLA DEL CLIENTE | BANCO _____  | MONEDA _____ |
| POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?       | SI <input type="checkbox"/>  | NO <input type="checkbox"/> |  | CIUDAD _____ | PAÍS _____   |
| TIPO DE OPERACIÓN _____                   |  |                             |  |              |              |
| CUENTA # _____                            | <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 30px; margin: auto;"></div> FIRMA DEL CLIENTE |                             |  |              |              |

## 7. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

En calidad de asociado de COOPTALENTUM, por medio del presente escrito autorizo a (empresa donde labora) \_\_\_\_\_ para que del salario que devengo y para atender todas las obligaciones que contraiga con COOPTALENTUM, se me realicen descuentos (mensuales, o de primas) a partir de la formalización de mi vinculación correspondiente al \_\_\_\_% y sean puestos a disposición de la cooperativa con fundamento en las normas legales del sector cooperativo.

En caso que me sean concedidas vacaciones, autorizo que de la suma que se me deba cancelar, se descuenten las cuotas correspondientes al tiempo que dure haciendo uso de ellas. Igualmente autorizo irrevocablemente que en caso de retiro de la empresa, se descuente del valor de la liquidación de mis prestaciones sociales los saldos insolutos de deuda que tenga vigente. Otorgo amplias facultades a COOPTALENTUM, para tramitar lo referente al cobro de mis prestaciones sociales. Si por alguna razón la entidad para la cual laboro deja de descontar para COOPTALENTUM los descuentos que estoy autorizando, me comprometo a pagar las mismas sumas, directamente a lo indicado por COOPTALENTUM en las condiciones establecidas en el estatuto y reglamento.

## 8. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

En cumplimiento de las normas legales para la apertura de productos financieros y solidarios, declaro a COOPTALENTUM, bajo la gravedad de juramento que los fondos y bienes que poseo, provienen de (detalle de la ocupación, profesión, actividad, negocio, en otros mencionados en el presente formulario, y ) \_\_\_\_\_, así como los que componen los recursos depositados y son producto de actividades lícitas. Así mismo, declaro que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos de actividades ilícitas y no efectuaré transacciones destinadas a dichas actividades contempladas en el Código Penal Colombiano, en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo o en cualquier norma que lo modifique o adicione. De igual modo, autorizo a COOPTALENTUM para verificar y reportar a las entidades competentes toda la información suministrada a COOPTALENTUM, declarando ser verídica y legal.

## 9. CONSULTA, REPORTE Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a COOPTALENTUM para que con fines de información, consulte y reporte, lo que se refiera al comportamiento financiero, crediticio y comercial en las centrales de riesgo. De igual manera autorizo a COOPTALENTUM de tratar mis datos personales de acuerdo con la política establecida de HABEAS DATA y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para los fines legales, contractuales y comerciales descritos en la política de tratamiento de la información, publicada en la pagina Web [www.cooptalentum.coop](http://www.cooptalentum.coop)

Informamos que la Cooperativa Multiactiva Talentum -COOPTALENTUM - identificada con NIT. 900.224.922-2 Domiciliado en la CL 4G 66 a - 08 Bogotá D.C., Colombia Tels. 7425770 Ext. 137/148/128/151/136/138, es responsable y encargada del tratamiento y protección de datos personales aquí suministrados y por lo tanto podrá solicitar las capacidades de pago para descuento de nómina de los créditos que adquiera a mi empleador. Autorizo de manera permanente para consultar y reportar a las centrales de riesgo toda la información financiera y comercial con fundamento en lo dispuesto en las normas legales del sector cooperativo y ley de protección de Datos.

## 10. SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El asociado se obliga con COOPTALENTUM a realizar la actualización de sus datos personales al menos una (1) vez al año, a entregar información veraz y verificable, suministrando la totalidad de la información que solicite la cooperativa.

COOPTALENTUM podrá dar por terminada cualquier relación comercial, contractual o de negocios con el asociado teniendo como fundamento, además de las cláusulas establecidas en los reglamentos y/o contratos de los diferentes productos y servicios, las siguientes: (i) cuando figure en cualquier tipo de investigación o proceso relacionado con delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT) o con la administración de recursos relacionados con dichas actividades. (ii) cuando se encuentre incluido en listas públicas para el control de Lavado de Activos y Financiación del terrorismo (LAFT) administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera. (iii) cuando figure en requerimiento de entidades de control, noticias, tanto a nivel nacional como internacional, por la presunta comisión de delitos fuentes de Lavado de activos y financiación de terrorismo (LAFT).

La presente solicitud será avalada, autorizada o denegada por el Consejo de Administración, previo verificación de los requisitos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
C.C.

\_\_\_\_\_  
HUELLA

## USO EXCLUSIVO DE COOPTALENTUM

OBSERVACIONES:

REPORTADO EN LISTAS DE RIESGO SI  NO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA REFERENCIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA FUNCIONARIO