

Mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza a la COOPERATIVA MULTIACTIVA TRANSPORTADORA DE GAS INTERNACIONAL "COOMTGI" para realizar tratamiento de sus datos personales con la finalidad de realizar el trámite de afiliación o actualizar la información que haya cambiado de un año al otro; otorgar los beneficios que se adquieren con la afiliación; consultar la información del titular registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional; atender requerimientos de entidades públicas o privadas, quienes en cumplimiento de mandatos legales o contractuales estén autorizadas para solicitar y acceder a los mismos y, en general, para las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en www.coomtgi.com

Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento es la **COOPERATIVA MULTIACTIVA TRANSPORTADORA DE GAS INTERNACIONAL "COOMTGI"** ubicada en la carrera 7 No. 74 B - 56 de Bogotá D.C. Teléfono: 3138400 ext. 2486. Correo electrónico: gerente.coomtgi@tgi.com.co / creditos.coomtgi@tgi.com.co

DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos:													
Documento de Identidad	C.C.	<input type="checkbox"/>	T.I.	<input type="checkbox"/>	NIT.	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	PAS.	<input type="checkbox"/>	No.:		
Lugar de Nacimiento:				Fecha:	D	M	A	Municipio:			Departamento:		
Dirección de Domicilio:						Barrio:				Estrato:	<input type="checkbox"/>		
Departamento:				Municipio:					Teléfono:		<input type="checkbox"/>		
Celular:				Correo Electrónico:									
Nombre de la Empresa donde Labora:				Cargo:									
Dirección Trabajo:						Barrio:							
Departamento:				Municipio:					Teléfono:		<input type="checkbox"/>		
Tipo de Contrato													
Ocupación – Oficio-Profesión:						Administra Recursos Públicos:						SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Actividad Económica:								CIIU:				<input type="checkbox"/>	
Estado Civil:	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>			No. Personas a Cargo		<input type="checkbox"/>			
Mujer Cabeza de Familia:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Número de Hijos:			<input type="checkbox"/>	Edades:		<input type="checkbox"/>			
Nivel de Estudios		Primaria:			<input type="checkbox"/>	Secundaria:			<input type="checkbox"/>	Técnico:	<input type="checkbox"/>	Tecnólogo:	<input type="checkbox"/>
		Universitario:			<input type="checkbox"/>	Especialización:			<input type="checkbox"/>	Maestría:	<input type="checkbox"/>	Doctorado:	<input type="checkbox"/>



CONOCIMIENTO, SOLICITUD DE AFILIACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Código: FOR-GER-

LA/FT-01

Versión: 00

Página 2 de 3

Nombres y Apellidos del Cónyuge:						C.C.					
Profesión u Ocupación:				Empresa donde Labora:			Cargo:				
Dirección:					Teléfono:						
Casa Propia :	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Vehículo:			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN FINANCIERA

Profesional Independiente:	<input type="checkbox"/>	Empleado:	<input type="checkbox"/>	Cargo:	Fecha Ingreso Empresa:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------	------------------------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

INGRESOS MENSUALES DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES:

a. Tipo de Salarios	Empresa	Dirección	Salario Mensual
			\$
			\$
			\$
b. Honorarios:			\$
c. Otros (Detallar)			\$
Egresos Mensuales:			\$
Total Activos:			\$
Total Pasivos:			\$

Beneficiarios	Identificación	Parentesco	Teléfono	Porcentaje

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza Operaciones en Moneda Extranjera:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuales:			
Tiene Cuentas en Moneda Extranjera:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Banco:		No. Cuenta:	
Ciudad:		Moneda:			País:			

RECONOCIMIENTO PEP (PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE)

¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP)?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una sociedad conyugal, de hecho o de derecho con una persona expuesta políticamente (PEP)?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Es usted familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil de una persona expuesta políticamente (PEP)?				

Si tiene algún tipo de relación con una persona expuesta, diligencie los siguientes campos:

Nombre (PEP) :	
Cargo políticamente (PEP):	

SI ES FAMILIAR DE ASOCIADO O EMPLEADO DE COOMTGI INDIQUE:

Nombre del Asociado:	
Dirección:	Teléfono:
Parentesco:	¿Depende Económicamente de él?

DECLARACIONES

Certifico que la información suministrada es verídica. Autorizo a COOMTGI para que la verifique.

Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. . "Declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades licitas.

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad o para la utilización de un producto o servicio.

Autorizo a la cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y el uso de bases de consulta alternativas.

Fecha:	Día/Mes/Año	
Firma del Asociado:		
Valor a Aportar: (indique aquí el valor a aportar entre el 3% y 10% de su salario) 	En caso de ser aceptado como asociado, me comprometo a: 1. Aportar el valor equivalente al 10% de un S.M.M.L.V. aproximado al múltiplo de cien por exceso o defecto, el cual corresponde a la cuota de afiliación . 2. Aportar mensualmente como mínimo el tres por ciento (3%) de mi salario o remuneración mensual como aportes sociales ordinarios . 3. Cuando no esté recibiendo una remuneración mensual, el aporte será liquidado sobre un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.	