



### BENEFICIARIOS

Autorizo a COOAUTÓNOMA para que en caso de fallecimiento, mis aportes, depósitos y demás bienes que poseo en la Cooperativa Cooautónoma sean entregados a:

| No. De Documento | Nombres y apellidos | Parentesco | Fecha de Nacimiento | Porcentaje |
|------------------|---------------------|------------|---------------------|------------|
|                  |                     |            |                     |            |
|                  |                     |            |                     |            |
|                  |                     |            |                     |            |
|                  |                     |            |                     |            |
|                  |                     |            |                     |            |

### DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO.

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la Cooperativa Cooautónoma su verificación y administración. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice. Autorizo a la Cooperativa Cooautónoma para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y/o cualquier otra entidad nacional o del exterior que maneje o administre bases de datos, entre las cuales se encuentre las de LAFT. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal y no de actividades ilícitas, ni realizaré transacciones destinadas a dar apariencia de legalidad a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

### FIRMA Y HUELLA

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Santiago de Cali a los

, días del mes de

del año

#### OBSERVACIONES

1. Para tener derecho a los auxilios por solidaridad, la información debe registrarse en forma completa.
2. El grupo familiar del asociado se considera conformado por: padres, conyuge e hijos solteros hasta 25 años de edad, hijos mayores de 18 años con discapacidad.
3. Cooautónoma se reserva el derecho de verificar la exactitud de la información consignada en la ficha familiar.

Firma Asociado  
C.C.