

Bogotá, \_\_\_\_\_

Señores  
Cooperativa Alianza  
Ciudad

Apreciados señores

De manera atenta me dirijo a ustedes para solicitar la aplicación de la exención del gravamen a los movimientos financieros prevista en el numeral 1º. Artículo 879 del estatuto tributario, para el efecto me permito informar:

- 1- Que conozco y acepto que la exención prevista en el numeral 1º. de artículo 879 del estatuto tributario, solo se puede aplicar a una cuenta de ahorros por persona, siempre y cuando se trate de un único titular.
- 2- Que en la actualidad soy un único titular de la cuenta de ahorros en Cooperativa Alianza Ltda. identificada en la presente comunicación.
- 3- Que no he solicitado y me comprometo a no solicitar dicha exención ante otro establecimiento de crédito mientras exista la exención sobre la cuenta de ahorros respecto a la cual estoy solicitando la aplicación del beneficio tributario.
- 4- Manifiesto bajo la gravedad de juramento que realizo la presente solicitud de exención, en razón de que a la fecha no gozo del beneficio tributario en ninguna otra cuenta de ahorros de Cooperativa Alianza Ltda. ni en otro establecimiento de crédito.
- 5- Autorizo a Cooperativa Alianza Ltda. para validar en el sistema financiero que no existe ya una cuenta marcada para este fin y que de no existirlo se procederá con la marcación de la cuenta de ahorros a partir de \_\_\_\_\_ fecha en la cual no se generará el impuesto de acuerdo con los topes estipulados en la ley.
- 6- Autorizo expresa e irrevocablemente a Cooperativa Alianza Ltda. para que suministre toda la información relacionada con mis datos personales y la cuenta de ahorros mencionada en la presente comunicación a las autoridades competentes y demás establecimientos de crédito que la solicitan, con el fin de verificar la adecuada aplicación de la exención prevista en el numeral 1º. del artículo 879 del estatuto tributario.

En constancia de lo anterior, exonero a Cooperativa Alianza Ltda de toda responsabilidad derivada de la presente declaración.

\_\_\_\_\_  
Firma del asociado

.....  
**Datos personales**

\_\_\_\_\_  
Cédula de ciudadanía

\_\_\_\_\_  
e-mail

\_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos

\_\_\_\_\_  
Dirección domicilio

\_\_\_\_\_  
Teléfonos

\_\_\_\_\_  
Nombres de la empresa

\_\_\_\_\_  
Dirección/ciudad

\_\_\_\_\_  
Teléfonos



Juntos lo logramos



Las empresas cooperativas  
ayudan a construir  
un mundo mejor

Nit. 860.024.575-7  
PBX 5886666  
Cra. 12 No. 89-28 P. 6  
Bogotá, Colombia