



FORMULARIO DE AFILIACIÓN MENOR DE EDAD

Coopsalinas

FOTO

N° DE AFILIACIÓN		SECCIONAL		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO											
				D	D	M	M	A	A	A	A				
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE															
NOMBRES Y APELLIDOS						FECHA DE NACIMIENTO				GÉNERO	EDAD				
						D	D	M	M	A	A	A	M	F	
TIPO DE DOCUMENTO		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°		EXPEDIDO EN		FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE NACIMIENTO							
RC	TI	CC	CE					CIUDAD		DEPARTAMENTO					
DIRECCIÓN				BARRIO		CIUDAD / DEPTO.				TELÉFONO					
CELULAR				E-MAIL				ESTRATO							
¿CON QUIEN VIVE EL MENOR ACTUALMENTE?															
AMBOS PADRES PADRE MADRE OTROS FAMILIARES OTRO, CUAL?															
FORMACIÓN ACADÉMICA															
OCUPACIÓN				NIVEL DE ESCOLARIDAD											
NO ESCOLARIZADO ESTUDIANTE				JARDIN		PRIMARIA		SECUNDARIA		OTRO, CUAL?:					
INFORMACIÓN DEL PADRE															
NOMBRES Y APELLIDOS						TIPO DE DOCUMENTO		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°							
						RC	TI	CC	CE						
CELULAR				E-MAIL				NACIONALIDAD							
INFORMACIÓN DE LA MADRE															
NOMBRES Y APELLIDOS						TIPO DE DOCUMENTO		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°							
						RC	TI	CC	CE						
CELULAR				E-MAIL				NACIONALIDAD							
INFORMACIÓN DEL TUTOR(A) O APODERADO(A)															
NOMBRES Y APELLIDOS						TIPO DE DOCUMENTO		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°							
						RC	TI	CC	CE						
CELULAR				E-MAIL				NACIONALIDAD							
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TUTOR(A)										INFORMACIÓN APORTES DEL MENOR					
INGRESOS MENSUALES CERTIFICABLES					GASTOS MENSUALES					APORTE MINIMO MENSUAL					
ACTIVIDAD PRINCIPAL															
SALARIO BÁSICO		\$			GASTOS FINANCIEROS		\$								
OTROS PAGOS POR NÓMINA		\$			GASTOS BÁSICOS MENSUALES		\$								
OTROS INGRESOS		\$			OTROS GASTOS		\$								
TOTAL INGRESOS		\$			TOTAL GASTOS		\$								
DETALLES OTROS INGRESOS					DETALLES OTROS GASTOS										
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					¿Posee cuentas en Moneda Extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
Importaciones <input type="checkbox"/> Pago de servicio exportaciones <input type="checkbox"/>					Banco: _____ N° Cuenta _____										
Transferencias <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> otra, ¿cual?:					Moneda _____ Ciudad _____ Pais _____										
APORTE MINIMO MENSUAL		\$		POLIZA EXEQUIAL		COORSERPARK <input type="checkbox"/> \$ _____		PARQUE CEMENTERIO <input type="checkbox"/> \$ _____		OLIVOS <input type="checkbox"/> \$ _____					
TOTAL MENSUAL		\$													
DETALLE DE ACTIVOS Y PASIVOS DEL TUTOR(A)															
ACTIVOS			\$			PASIVOS			\$						
INMUEBLE			VALOR \$			OBLIGACIÓN			CONSUMO COMERCIAL VIVIENDA OTRO ¿CUAL?						
VEHÍCULO			VALOR \$			ENTIDAD			SALDO \$						
OTROS (MUEBLES Y ENSERES)			VALOR \$			ENTIDAD			SALDO \$						
PATRIMONIO \$															
REFERENCIA FAMILIAR DEL MENOR															
NOMBRES Y APELLIDOS						PARENTESCO									
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NO.				CIUDAD		DIRECCIÓN									
CELULAR				TELÉFONO		E-MAIL									
INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL MENOR															
Bajo la gravedad de juramento, declaro que es mi voluntad que el (los) beneficiario(s) de los dineros que figuran a mi favor en la Cooperativa por conceptos: Aportes sociales, depósitos de ahorro, seguro de vida, auxilios y demás, sea(n) la(s) siguiente(s) persona(s): Corresponde a datos familiares o personas que se nombran como beneficiarios del auxilio por defunción y saldo de los aportes al momento de ocurrir el fallecimiento del asociado.															
TIPO DOC	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NOMBRE Y APELLIDOS			SALDO %	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO							
								DÍA	MES	AÑO					

REGISTRO CUENTA BANCARIA TUTOR(A)

Cuenta para transferencia devoluciones, otros pagos.

CTA. CORRIENTE
CTA. AHORROS

Cuenta Número _____

Banco _____

PERSONA POLÍTICA O PÚBLICAMENTE EXPUESTA TUTOR(A)

Maneja dineros públicos y/o es contratista de la nación, departamento, municipio o alguna entidad pública? Si No

Se considera usted una persona expuesta pública y/o políticamente? Si No

Considera usted que algún integrante de su familia (hasta segundo grado de consanguinidad y/o afinidad es una persona pública y/o políticamente expuesta?, en caso afirmativo indique nombre y parentesco. Si No

Nombre _____ Parentesco _____

Persona Expuesta Políticamente es aquella que ejerce o ha ejercido cargos públicos o maneja recursos del estado como Alcalde, Gobernador, etc.

Persona ExpuestaPublicamente: Persona de reconocimiento nacional o internacional como actores, deportistas entre otros.

AUTORIZACIÓN, CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a COOPSALINAS o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio y de manera voluntaria con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia de Economía Solidaria en la circular básica jurídica título V, declaro que los recursos consignados a COOPERATIVA MULTIACTIVA SALINAS DE COLOMBIA "COOPSALINAS" provienen de las siguientes fuentes _____ y declaro que no provienen de ninguna actividad ilícita.

Yo _____ identificado(a) con _____ N° _____ certifico que la información registrada en este formulario es verídica, así mismo autorizo a COOPSALINAS para que verifique la veracidad de la misma.

En mi calidad de titular de información personal, actuando libre y voluntariamente, al diligenciar los datos aquí solicitados, autorizo a COOPSALINAS, para que de forma directa o a través de terceros realice el tratamiento de mi información personal, el cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir y administrar mis datos personales, para la vinculación contractual con la entidad y alineado con sus políticas de seguridad de la información. De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a 1) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, 2) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, 3) ser informado por COOPSALINAS, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a los datos personales, 4) presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones a la ley, 5) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y 6) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Entiendo que las políticas para el tratamiento de mi información personal así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, queja o reclamo, podrán ser consultados en el sitio <http://www.coopsalinas.com>

¿ COMO LLEGASTE A COOPSALINAS ?

AUTORIZACIÓN CONDICIONES Y COMPROMISOS

- Redes sociales
- Evento
- Referido (familiar, amigo o asesor)
- Libranza

Nombre de quien te refirió _____

N° de Documento _____

Al solicitar la afiliación a la COOPERATIVA MULTIACTIVA SALINAS DE COLOMBIA "COOPSALINAS" Me comprometo a aceptar los estatutos, reglamentos y disposiciones generales de la cooperativa. Me comprometo a pagar los aportes mensuales y pagos de crédito en los días acordados con la cooperativa. Asistiré a las capacitaciones, asambleas, reuniones y cursos citados por la cooperativa. Actualizar mis datos personales cada año o de manera oportuna al ser solicitados por la cooperativa.

MENOR

FIRMA



HUELLA

TUTOR

FIRMA
CC.



HUELLA

ESPACIO EXCLUSIVO PARA COOPSALINAS

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN FECHA :

TIPO DE CONTRATO:

EMPRESA:

TIEMPO LABORADO:

CARGO:

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REFIERE:

SALARIO:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN:

ESTADO DE SOLICITUD : APROBADA APLAZADA RECHAZADA

OBSERVACIONES:

ACTA N° _____ FECHA: _____

FIRMA PRESIDENTE

FIRMA SECRETARIA