

SOLICITUD DE AFILIACIÓN MENORES



Agencia

(Diligenciar en letra impresa sin tachones ni enmendaduras)

CIUDAD/ MUNICIPIO	FECHA	No. CUENTA _____ Ahorros <input type="checkbox"/> Aportes <input type="checkbox"/>
	DIA MES AÑO	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL ASOCIADO MENOR

PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRES:	
IDENTIFICACIÓN: R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL _____ No. _____					
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO/CIUDAD		EDAD	GRADO DE ESCOLARIDAD
AÑO	MES	DIA			PREESCOLAR <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL _____
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA :			BARRIO/VEREDA:		
DEPARTAMENTO/CIUDAD/MUNICIPIO:		ESTRATO:		TELÉFONO FIJO:	
CELULAR:			CORREO ELECTRÓNICO:		

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE O TUTOR DEL MENOR

PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRES:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____					
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:			BARRIO/VEREDA:		
DEPARTAMENTO/CIUDAD/MUNICIPIO:			TELÉFONO FIJO:		
CELULAR:			CORREO ELECTRÓNICO:		
EMPRESA DONDE TRABAJA:		Tel - Ext:		SALARIO \$	
SITUACIÓN LABORAL: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Rentista/socio <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"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>					
PARENTESCO: Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> CUAL: _____					
ES ASOCIADO: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL MENOR

Deporte que practica: Fútbol <input type="checkbox"/> Baloncesto <input type="checkbox"/> Voleibol <input type="checkbox"/> Natación <input type="checkbox"/>				
Tenis <input type="checkbox"/> Patinaje <input type="checkbox"/> Beisbol <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> CUAL: _____				
El ingreso fue motivado por: Ahorro <input type="checkbox"/> Cercanía <input type="checkbox"/> Participación Actividades <input type="checkbox"/>				
Talentos: Baile <input type="checkbox"/> Oratoria <input type="checkbox"/> Canto <input type="checkbox"/> Dibujo <input type="checkbox"/>				

INSCRITO A

VIGILADO SUPERSOLIDARIA

COSEVIC

 Seguro para

 su afiliación

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Con el propósito de dar cumplimiento a las circulares externas No. 007 de Noviembre 15/2008 Y 004 de Agosto 28/2008, emitidas por la Superintendencia de la Economía Solidaria para el control y prevención del lavado de activos, declaro que:

1° Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.).

2° Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3° Autorizo a la Cooperativa para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se deriva de ello.

4° Me obligo con la Cooperativa a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuesta la entidad.

5° Autorizo a la Cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.

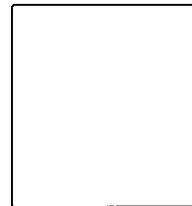
6° Me obligo a no prestar mi cuenta y a no permitir que terceros efectúen depósitos o transferencias a mi(s) cuenta(s) y no hacer pagos o transferencias desde mi cuenta a terceros desconocidos.

7° Autorizo a Cooptenjo a enviar información a mi correo electrónico y mensajes de texto a mi celular. Si No

8° Declaro que la información aquí relacionada es cierta y a la vez autorizo a COOPTENJO ó a quien ésta delegara para verificar a su entera satisfacción, la información suministrada. Igualmente autorizo irrevocablemente a la Cooperativa para que verifique, administre, colectione, archive, reciba, consulte y/o transmita mi información comercial y financiera con terceros o con las centrales de riesgo y para dar por terminado unilateralmente cualquier contrato, negocio o relación que tenga con la Cooperativa en caso de inexactitud o incumplimiento de lo aquí indicado o de cualquier cláusula del (os) contrato(s) suscrito(s) con la entidad o sus filiales.

FIRMA DEL REPRESENTANTE _____

No. Documento de Identificación _____



HUELLA
INDICE DERECHO

ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

NOMBRE Y CEDULA ASESOR O FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ O REFERENCIÓ: _____ C.C. _____

NOMBRE Y CEDULA ASESOR O FUNCIONARIO QUE INCORPORO AL SISTEMA: _____ C.C. _____

NOTA: La afiliación de menores, no requiere de pago de cuota de admisión según el Acuerdo No. 7 de fecha Septiembre 17 de 2011, por el cual determina el no pago de la cuota de admisión, para vinculación de menores. Parágrafo del Artículo 1.

DOCUMENTOS ANEXOS: (Espacio Reservado para la Cooperativa)

① Fotocopia del Original del documento de identificación ampliada al 150 % Si No

② Fotocopia del Original del documento de identificación del menor Si No

FIRMA REPRESENTANTE O TUTOR _____ C.C. _____

NOMBRE DEL MENOR _____ No. Doc. Identificación _____