

	GESTIÓN SOCIAL Y ADMINISTRATIVA	Código: GSA-FOR-01
	SOLICITUD DE AFILIACIÓN O REINTEGRO	Fecha: 10/10/2022
		Versión: 02
		Página: 1/1

Manizales, ___ / ___ / ____

Señores,
 CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
 Comisión de Afiliaciones
 Cootrachec
 Manizales

Comendidamente solicito a ustedes se sirvan considerar mi admisión como asociado a la Cooperativa. Manifiesto que me comprometo a cumplir lo establecido en la Ley, los Estatutos y los Reglamentos, y me obligo a cumplir todos los deberes y compromisos con la misma; además, a recibir educación cooperativa.

Cancelaré por: nómina ___ caja ___ la suma de \$ _____ como aportes semanales ___ quincenales ___ mensuales ___

¿Ha recibido educación cooperativa? Sí ___ No___

Nombre: _____ Firma: _____

Para uso exclusivo de Cootrachec:

¿Ha sido asociado? Si ___ No___ Aportes al momento del retiro \$ _____

Fecha retiro: ___ / ___ / ___ Valor a reintegrar (___%) \$ _____

Forma de pago: _____

- Anexos: Fotocopia documento de identidad
 Certificado laboral
 Últimos dos desprendibles de nómina
 Constancia de ingresos (si aplica)
 Declaración de asegurabilidad
 Formulario registro de asociados



BENEFICIARIOS DE RECLAMACION

Designo y Autorizo a las personas señaladas en el cuadro siguiente, para que, en caso de mi fallecimiento, en los porcentajes (%) señalados, reciban el saldo que a mi favor quede, una vez descontadas todas mis obligaciones, en la Cooperativa Cootrachec, conforme a lo establecido en la ley, los estatutos sociales y los reglamentos internos. Manifiesto que esta decisión la tomo libre y voluntariamente sin presión alguna y con todas mis facultades mentales.

Nombre (Apellidos - Nombres)	Parentesco	Género	TI-RC-CC CE	No. Identificación	Teléfono	%
		F/M				
						%
						%
						%
						%

AUTORIZACIONES:

1. Certifico que la información suministrada es veraz y autorizo su verificación, así mismo me comprometo a actualizarla anualmente. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
2. Autorizo, con carácter permanente a Cootrachec para que con fines estadísticos y de información interbancaria, informe, reporte y consulte a personas y entidades externas o bases de datos públicas y/o privadas, sobre el manejo de mis cuentas, los saldos a mi favor, a cargo, sobre mi trayectoria y comportamiento con las instituciones financieras y comerciales del país.
3. Para dar cumplimiento a disposiciones contenidas en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes, declaro expresamente que he suministrado datos personales, familiares y económicos, con finalidades específicas y autorizo para su utilización. Así mismo, declaro que he sido informado de la política de manejo de datos personales y el tratamiento de la información.
4. Declaro que conozco con plena conciencia que la reticencia o falsedad de la información sobre mi estado de salud deja sin efecto el seguro de aportes y deuda.
5. Autorizo tratar mis datos biométricos tales como huella, firma y fotografía con la única finalidad de verificar mi identidad.
6. Autorizo para que la información recopilada pueda ser usada por COOTRACHEC para realizar comunicaciones por medio del sistema de llamada automática por voz, o bien por medio de call center, de igual modo la autorización incluye la facultad de utilizar diferentes medios de comunicación como oficios, celular (incluyendo mensajes de texto), correo electrónico o cualquier otro dispositivo o medio que llegue a estar disponible, dichas comunicaciones podrán ser con fines informativos, verificación de datos, gestión de cobranza, promoción de productos y cualquier otro que la Cooperativa considere oportuno brindar a los asociados.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento a los ___ días del mes _____ de _____

Espacio de uso exclusivo para Cootrachec

Conozco y estoy de acuerdo que este documento es válido como tarjeta de apertura de la cuenta de Ahorros Rentames y el Registro de Firmas

No. Cuenta	N° Firmas
	Registradas () Requeridas ()

Firma (s)

1 _____ 2 _____

Huellas dactilares (Indice derecho)

1	2
---	---

Firma Asociado

Huella

Asesor

C.C. N°

Aprobado: Si _ No _ Acta N° _____ Fecha _____