	GESTIÓN SOCIAL Y ADMINISTRATIVA	Código: GSA-FOR-01
		Fecha: 19/02/2025
	SOLICITUD DE AFILIACIÓN O REINTEGRO	Versión: 03
		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 ___ anuales (Cootrachicos) ___

¿Ha recibido educación cooperativa? Sí ___ No___

Nombre del solicitante: _____ Firma: _____

Nombre del representante legal (si aplica): _____

Firma: _____

Para uso exclusivo de Cootrachec:

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

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

Forma de pago: _____

☐ Afiliación

☐ Reingreso

☐ Actualización

Fecha

DD

MM

AA

DATOS PERSONALES

Nombre (Apellidos - Nombres)			Fecha de nacimiento <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>			Lugar de nacimiento		Nacionalidad		Género <div>F<input type="checkbox"/> M<input type="checkbox"/></div>	
Tipo Identificación <div>C.C.<input type="checkbox"/> C.E.<input type="checkbox"/> No.<div>Otro<input type="checkbox"/></div></div>		Lugar expedición		Fecha de expedición <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>		Estado civil: <div>Soltero<input type="checkbox"/> Casado<input type="checkbox"/> Separado<input type="checkbox"/> Viudo<input type="checkbox"/> Divorciado<input type="checkbox"/> Unión Libre<input type="checkbox"/></div>					
Tipo de vivienda <div>Propia<input type="checkbox"/> Familiar<input type="checkbox"/> Leasing<input type="checkbox"/> Arrendada<input type="checkbox"/> Hipoteca<input type="checkbox"/></div>		Estrato		Dirección residencia			Barrio		Ciudad		
Departamento		Teléfono fijo		Celular			Correo electrónico			Cabeza de familia	
Nivel académico: <div>Primaria<input type="checkbox"/> Secundaria<input type="checkbox"/> Técnico<input type="checkbox"/> Tecnólogo<input type="checkbox"/> Universitario<input type="checkbox"/> Especialista<input type="checkbox"/> Maestría<input type="checkbox"/> Doctorado<input type="checkbox"/></div>		¿PEP?*									

Si☐ No☐

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL E INFORMACION FINANCIERA DEL SOLICITANTE

Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente (Ingresos familiares) <input type="checkbox"/>		Nombre de la empresa o el Establecimiento			Teléfonos		Tipo de contrato		
Fecha de ingreso <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>		Ciudad		Profesión		Ocupación actual		Sector económico (servicios, salud, comercial, etc)		Administra recursos públicos <div>Si<input type="checkbox"/> No<input type="checkbox"/></div>	
Ingresos derivados de su actividad principal \$				Total Egresos \$			Total Activos \$		Total Pasivos \$		
Otros ingresos \$		Concepto otros ingresos						Total Ingresos \$			
¿Realiza operaciones con moneda extranjera? <div>Si<input type="checkbox"/> No<input type="checkbox"/> ¿Cuáles? Banco País Moneda</div>											

REFERENCIAS

R. Familiar Nombre (Apellidos - Nombre)		Parentesco		Dirección		Teléfono	
R. Personal Nombre (Apellidos - Nombre)		Parentesco		Dirección		Teléfono	

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A)

Nombre (Apellidos - Nombre)			Fecha de nacimiento <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>			Tipo ID <div>C.C.<input type="checkbox"/> C.E.<input type="checkbox"/> Otro<input type="checkbox"/></div>			Fecha de expedición <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>			Celular	
Nivel académico		Empresa				Cargo				Fecha de ingreso <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>			
Profesión		Salario \$		Otros ingresos: \$		Concepto otros ingresos			Egresos mes \$				

BENEFICIARIOS: Se entiende como beneficiarios, los que el asociado inscriba al momento de su ingreso o posteriormente, para beneficiarse de todas las actividades sociales que realiza la cooperativa Cootrachec.

“Si es casado o en unión marital de hecho no es necesario diligenciar la información del cónyuge o compañero (a) en esta pregunta”.
Se consideran beneficiarios del asociado y que estén inscritos en el registro social ante la Cooperativa, los siguientes:


ASOCIADO CASADO O EN UNIÓN MARITAL DE HECHO:

1. El cónyuge o compañero permanente, según el caso.
2. Los hijos que dependan económicamente del asociado hasta cumplir la mayoría de edad o incluso hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando estén cursando estudios.
3. Los hijos de cualquier edad con limitación física o cognitiva, debidamente acreditada.

ASOCIADO SOLTERO:

1. Los hijos que dependan económicamente del asociado hasta cumplir la mayoría de edad o incluso hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando estén cursando estudios.
2. Los hijos de cualquier edad con limitación física o cognitiva, debidamente acreditada.
3. Los padres del asociado, siempre y cuando dependan económicamente de éste.
4. Para los asociados que no cuenten con las condiciones de beneficiarios relacionados o con sociedad conyugal disuelta, podrán inscribir a una (1) persona como beneficiario.

Nombre (Apellidos - Nombres)	Parentesco	Género	TI-RC-CC-CE	No. Identificación	Fecha nacimiento			Nivel académico
		F/M			DD	MM	AA	

	GESTION SOCIAL Y ADMINISTRATIVA		Código: GSA-FOR-02
			Fecha: 19/02/2025
	FORMULARIO DE REGISTRO DE ASOCIADOS		Versión: 04
			Página: 2/2

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 ____

-----		-----
Firma Asociado	Huella	Asesor
C.C. N°		

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

- Anexos:**
- * Fotocopia documento de identidad
 - * Últimos desprendibles de pago
 - * Declaración de asegurabilidad
 - * Certificado laboral
 - * Constancia de ingresos (si aplica)
 - * Formularios de solicitud y registro de asociados
 - * Otros, según el tipo de ingresos

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