

	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: _____



Página: 1/2

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



Calle 19 # 21 -40 L 17



www.cootrachec.com.co



@cootrachecm



contactenos@cootrachec.com.co



206336836 - (606) 8720422