



GESTION SOCIAL Y ADMINISTRATIVA

Código: GSA-FOR-06

Fecha: 20/02/2026

SOLICITUD DE INGRESO COOTRACHICOS

Versión: 04

Página: 1/2

Fecha de solicitud




## SOLICITUD INGRESO COOTRACHICOS

Identificación N° _____ C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIUP <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>	Lugar de expedición	Fecha de expedición Día   Mes   Año	Nombre y Apellidos
Nacionalidad	Fecha de nacimiento Día   Mes   Año	Lugar de nacimiento	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Ciudad	Departamento	Estrato	Correo electrónico
Nivel académico Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> En curso: <input type="checkbox"/> _____			
Dirección de residencia		Barrio	
Celular			

## Datos del Representante legal

Nombre del Asociado vinculante	No. Documento identidad	Parentesco	Teléfono de contacto
¿Realiza operaciones con moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____	¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° Cuenta _____ Banco _____ País _____ Moneda _____	* Si la respuesta es afirmativa debe diligenciarse formato anexo GSA-FOR-26	
¿Tributa como residente en Estados Unidos u otros países? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> País _____	TIN/ N° Id Tributario _____		

## Otros / Cootrachico

Hobby	Deporte	Linkln	TikTok
Facebook	Instagram	X	

## REFERENCIA

Nombres R. Personal	Parentesco	Dirección	Teléfono
---------------------	------------	-----------	----------

## DECLARACION ESTADO DE SALUD

¿El menor sufre alguna discapacidad o condición especial en su salud? SI \_\_\_ NO \_\_\_. Si la respuesta es positiva indique cuál \_\_\_\_\_. Si el menor padece algún tipo de discapacidad o condición especial en su estado de salud tanto física como a nivel cognitivo, este podrá continuar con la calidad de asociado Cootrachicos luego de cumplir 24 años + 364 días de edad, para la cual deberá aportar en el momento de la vinculación a la Cooperativa la historia del menor.

**En caso de fallecimiento los aportes, ahorros y demás beneficios que el asociado Cootrachicos tenga a su favor, serán entregados de acuerdo a las normas vigentes que regulen la ley sucesoral.**

## AUTORIZACIONES DEL ASOCIADO Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Con la firma del presente formulario solicito ser asociado de COOTRACHEC, declaro expresamente que me someto voluntariamente a conocer y cumplir los Estatutos y Reglamentos, los cuales puedo consultar en la página web de la Cooperativa, así mismo de acuerdo con lo establecido por la ley y reglamentos, la Superintendencia de Economía Solidaria y demás autoridades pertinentes hago las siguientes declaraciones, como también acepto:

1. Cancelar anualmente el 10% de un SMMLV para los aportes sociales.
2. Certifico que la información suministrada es veraz y autorizo su verificación por mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la ley 527 de 1999, así mismo me comprometo a actualizarla anualmente. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
3. Me comprometo a recibir educación solidaria
4. Autorizo a Cootrachec para que debite de mi cuenta de ahorros, la suma adeudada por concepto de cuota de aportes, cuando éstos estén vencidos.
5. Para el caso de los menores de 17 años + 364 días, la persona que firma es el único autorizado para realizar transacciones, esta debe ser de parentesco padres o Asociado vinculante, en caso de ocurrir un cambio de representante se debe notificar a la cooperativa y soportarlo debidamente.
6. Que la calidad de asociado Cootrachicos termina al cumplir 24 años + 364 días de edad, tiempo en el cual se debe gestionar el cambio como asociado Cootrachec, de lo contrario la Cooperativa podrá realizar el retiro forzoso, por edad no estipulada para asociados Cootrachicos, según el respectivo reglamento.
7. Actuando libre y voluntariamente, autorizo a COOTRACHEC para tratar mis datos personales dentro de los lineamientos establecidos por la ley 1581 del 2012, el decreto 1377 de 2013, demás normas concordantes, y a su Política de Tratamiento de Datos Personales.

Mis datos serán tratados para dar cumplimiento a los fines relacionados con el objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales, de atención al cliente, mercadeo, procesamiento, investigación, acreditación, actualización, reporte y estadística. Igualmente declaro que me fue informado mi derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente a la Cooperativa en su condición del responsable del tratamiento.

Asimismo, reconozco mi obligación de informar inmediatamente ante COOTRACHEC, por escrito y oportunamente, cualquier cambio que se presente en la información por mí suministrada ante la Cooperativa.

8. Amparado por la Ley 2300 del 2023 y con el fin de proteger el derecho a la intimidad, autorizo a COOTRACHEC contactarme de forma directa o por medio de terceros para la gestión de negociación de cartera, cobro, gestión comercial y gestión social a través de los siguientes canales:

Canales para gestión comercial y social (para recibir la información relacionada con beneficios comerciales de la Cooperativa e información general): Todos los canales \_\_\_ Telefónico \_\_\_ WhatsApp \_\_\_ Correo electrónico \_\_\_ SMS \_\_\_ Redes sociales \_\_\_ Ninguno \_\_\_ (si solo elige el canal telefónico es posible que no reciba todas la comunicaciones, promociones, campañas o invitaciones de carácter público y comercial)

Canales para cobranza (donde me podrán brindar diferentes alternativas): Todos los canales \_\_\_ Telefónico-WhatsApp \_\_\_ Telefónico-SMS \_\_\_ Telefónico \_\_\_ WhatsApp \_\_\_ Correo electrónico \_\_\_ Envío de correspondencia al domicilio \_\_\_



Se exceptúan de esta autorización los contactos permitidos según la ley tales como: información transaccional, operacional o informativa de sus productos financieros, información solicitada por usted mismo en calidad de asociado, ahorrador o deudor, Información relacionada con el ejercicio de los derechos fundamentales como asociado y el cumplimiento de los deberes especiales de los asociados; así como cualquier información de carácter normativo o contractual que le deba ser suministrada.

Mi Correo electrónico queda autorizado para cualquier tipo de notificación por parte de COOTRACHEC y aplica para procesos judiciales o extrajudiciales.

9. Autorizo tratar mis datos biométricos tales como huella, firma y fotografía con la única finalidad de verificar mi identidad.



REQUISITOS PARA MENORES DE EDAD:

Nombre completo Representante legal (Padres o titulares de la patria potestad del menor)

C.C. \_\_\_\_\_

-----  
Firma Asociado Cootrachicos

Huella

-----  
Firma Representante legal

Huella

Id. 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
---	---

Aprobado: Si\_ No\_ Acta CA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Documentación Anexa:

De 0 a 17 años + 364 días:

- \* Fotocopia de la cédula del representante legal
- \* Fotocopia del registro civil de nacimiento o Tarjeta de identidad mayores de 7 años
- \* Formulario de Solicitud de ingreso
- \* Declaración de asegurabilidad
- \* Desprendibles de pago del representante legal

De 18 a 24 años + 364 días:

- \* Fotocopia de la cédula
- \* Certificado de estudio vigente
- \* Formulario de Solicitud de ingreso
- \* Declaración de asegurabilidad
- \* Desprendibles de pago del representante legal