

	GESTIÓN SOCIAL Y ADMINISTRATIVA	Código: GSA-FOR-01
	SOLICITUD DE AFILIACIÓN O REINTEGRO	Fecha: 19/02/2025
		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: _____

VIGILADO



GESTION SOCIAL Y ADMINISTRATIVA

Código: GSA-FOR-02

Fecha: 01/06/2026

FORMULARIO DE REGISTRO DE ASOCIADOS

Versión: 07

Página: 1/3

Afiliación Reingreso Actualización

Fecha DD MM AA

DATOS PERSONALES

Formulario for personal data including identification type, nationality, gender, address, and academic level.

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL E INFORMACION FINANCIERA DEL SOLICITANTE

Formulario for economic activity and financial information including employment status, income, expenses, and tax details.

Otros

Formulario for other information including hobbies, sports, and social media profiles.

BENEFICIARIOS: Se entiende como beneficiarios, los que el asociado inscriba al momento de su ingreso o posteriormente...

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:

- List of conditions for married or common-law partners to be beneficiaries.

ASOCIADO SOLTERO:

- List of conditions for single members to be beneficiaries.

Table with columns for Name, Parentesco, Género, TI-RC-CC-CE, No. Identificación, Fecha nacimiento, and Nivel académico.

**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				
						%
						%
						%
						%

REFERENCIAS

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

AUTORIZACIONES:

1. 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.

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. 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.

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. 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 las 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.

7. Autorizo a COOTRACHEC para que en el evento que mi solicitud de vinculación no sea aceptada, proceda con la destrucción de este formato y demás documentos aportados por mí para este fin. Esta autorización se extiende para cualquier servicio que solicite y no sea aprobado o aceptado.

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

Firma Asociado
C.C. N°

Huella

Asesor



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	Nº Firmas
	Registradas () Requeridas ()

Firma (s)

1 _____ 2 _____

Huellas dactilares (Indice derecho)

1	2
---	---

Anexos:

- * Fotocopia documento de identidad
- * Certificado laboral
- * Otros, según el tipo de ingresos

- * Últimos desprendibles de pago
- * Constancia de ingresos (si aplica)

- * Declaración de asegurabilidad
- * Formularios de solicitud y registro de asociados

Aprobado: Si No Acta N° _____ Fecha _____