Coacremat
Economía solidaria de altura

Personería jurídica No. 0452 de mayo de 1.997
NIT. 891201588 - 4

Formulario de Afiliación Plan Semilla (Menores de 18 años)

CMC-DCO-02-P01-PR03-F02
Ver. 1.0 – Fecha: 29/01/2025

Ciudad y Fecha				Se afilia por vez		Agencia	Presentado por	No. Consulta restrictiva	No. Afiliación
	DD	MM	AA	Primera	Segunda				

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Tipo de sangre	Sexo	
		M	F

Tipo de Documento			Número	Expedida en	Fecha de Expedición		
T.I.	R.C.	PP			DD	MM	AA

Nivel Educativo				Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		Estrato
Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Propia	Arrendo	Familiar	Rural	Urbano	

Fecha Nacimiento			Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
DD	MM	AA				

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono

Ocupación (Seleccione)						Actividad Principal CIIU			
Estudiante	SI		NO						

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

2. INFORMACIÓN FAMILIAR Y BENEFICIARIOS

Identificación	Apellidos y Nombres	Parentesco	Dirección	Tel. o Cel.	% Beneficiario	No. Consulta

Identificación TUTOR	Apellidos y Nombres	Parentesco	Dirección	Tel. o Cel.	No. Consulta

Únicamente relacionar beneficiaros mayores de edad

Novedad de la consulta restrictiva:

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso Mensual (SMMLV)	$		Total (Gastos)	$	
Otros Ingresos Mensuales			Otros (Gastos)	$	
Total Ingresos	$		Total (Deudas)	$	
% Aportes Ordinarios (3% al 12%)			Porcentaje aportes ordinarios		

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	

Declaro que el origen de los fondos del afiliante de los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

Entidad financiera	Número de cuenta	Tipo de cuenta (Seleccione)

		Ahorros	Corriente

4. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

* Maneja recursos en moneda extranjera SI ☐ NO ☐

* Maneja recursos en monedas digitales o criptomonedas SI ☐ NO ☐

* Tiene familiares que maneja dinero del estado o estén expuesto políticamente: SI ☐ NO ☐

Parentesco _____

Nombre _____

Identificación _____

Agencia donde desea recibir los servicios de la cooperativa

5. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos		Dirección		Tel.		
Familiar	Nombres y Apellidos		Dirección		Tel.	Parentesco	

6. RETIRO

En caso de retiro del menor (menor de 18 años) a quien se realiza la devolución de aportes Tutor ☐ Afiliante ☐

7. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (mos):

Firma Solicitante

No Documento. _____

Huella índice Derecho

Firma Afiliante

C. C. No. _____

Huella índice Derecho

Firma Representante Legal

C. C. No. _____

Huella Índice Derecho

8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Lugar	Fecha						Hora			
	Año		Mes		Día		a.m.		p.+.	

Resultado	Aceptado		Rechazado

Observaciones

_____

Nombre y Firma Asesor Oficina

9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha	Hora	Teléfono
Año ☐ Mes ☐ Día ☐	a.m. ☐ p.m. ☐	

Nombre de la persona que atendió	Parentesco

Confirmación de la dirección SI ☐ NO ☐

Nombre y firma asesor oficina que verifica:

Firma la comisión de afiliaciones y retiros:

Aceptado ☐ Rechazado ☐ Observaciones _____

_____ _____