



Coacremat
Economía solidaria de altura

Personería jurídica No. 0452 de mayo de 1997
NIT. 891201588 - 4

Formulario de Afiliación Persona
Jurídica
(Menores de 18 años)
CMC-DCO-02-P01-PR03-F01
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 CIU					
Estudiante	SI		NO							
Detalle Actividad Económica					Descripción del CIU					

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 beneficiarios 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

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

Parentesco _____

* Maneja recursos en monedas digitales o criptomonedas SI NO

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 Representante Legal

C. C. No. _____

Huella índice Derecho

Firma Afiliante

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	Acceptado	Rechazado
-----------	-----------	-----------

Observaciones

Nombre y Firma Asesor Oficina

9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Año <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	a.m. <input type="text"/>	p.m. <input type="text"/>	Teléfono
--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------	----------

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:

Acceptado Rechazado Observaciones _____