

**SOLICITUD DE VINCULACION PERSONA NATURAL
MENOR DE EDAD**



Señores

**CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
COOPERATIVA AVP**

Ciudad

Atentamente solicito a ustedes la aprobación de mi ingreso como asociado a la COOPERATIVA AVP, por el conocimiento que tengo de sus objetivos, normas y estatutos que la rigen, me declaro conforme con ellos y me comprometo a trabajar por el desarrollo y mayor prosperidad de la institución.

Nombres												
Apellidos												
No. Identificación								Tipo	RC	TI	PAS	
Fecha Expedición	Dd	Mm	Aaaa	Lugar de Expedición								
Lugar de Nacimiento	Municipio								Departamento			
Fecha de Nacimiento	Dd	Mm	Aaaa	sexo	M	F	Nivel Estudios					
Dirección Residencia								Municipio				
Departamento					Teléfono				Celular			
e-mail								Estrato				
Referencia Familiar								Parentesco				
Dirección								Teléfono				

Cómo conoció la Cooperativa

Autorizo a la Cooperativa AVP para que envíe mensajes de texto / Whatsapp / e-mails SI NO

EN CASO DE FALLECIMIENTO Y DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY, LOS APORTES, AHORROS E INTERESES, RESULTADO DEL CRUCE DE CUENTAS, SERÁN ENTREGADOS A LOS BENEFICIARIOS O HEREDEROS LEGALES, DE ACUERDO A LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA.

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la Cooperativa AVP para que la verifique.

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.

Autorizo a la Cooperativa AVP, para la recolección y tratamiento de mis datos personales con fines comerciales y financieros en cumplimiento del Decreto 1377 de 2013.

FIRMA DEL MENOR		FIRMA REPRESENTANTE LEGAL	
Nombres _____		C.C. _____	
FECHA DILIGENCIAMIENTO		Dd Mm Aaaa	

ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

Observaciones											
Fecha Realización Entrevista	Dd	Mm	Aaaa								
Nombres y firma funcionario que realizo la Entrevista											
Nombres y firma funcionario responsable de verificación de información											
Fecha verificación información	Dd	Mm	Aaaa								

RESULTADOS DE LA SOLICITUD

APROBADA
 APLAZADA
 RECHAZADA
 ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN No. _____

FECHA Dd Mm Aaaa

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación del menor	
Formulario de vinculación del representante legal	
Fotocopia del documento del representante legal	