



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS Y CREDITO
ASOCIADO
"COOPTRACONALVIDRIOS"

NIT. 860.048.861-2

Fecha Radicación

A



ADMISION PLAN GOTICAS



Información Personal Del Padre, Representante o tutor del Asociado(a)

| | | | | |
|--|------------------|---------------------------------|-------------------|--|
| Tipo Doc.: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> NIT | Numero: | Fecha Expedición: DD MM AAAA | Lugar Expedición: | Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | |
| Dirección Residencia: | | Barrio: | Ciudad: | |
| Teléfono Residencia: | Celular: | Correo Electrónico: | | |
| Dirección de Oficina: | | Ciudad: | Teléfono: | Ext. |

Información Personal del Niño(a)

| | | | | |
|------------------------------------|------------------|------------------------------|----------------------|---|
| Tipo Doc. <input type="checkbox"/> | Numero: | Fecha Nacimiento: DD MM AAAA | Lugar de Nacimiento: | Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | |

Información Constitución de Aporte

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Depósito Mensual: \$ 000.000.000 | Pago: Caja <input type="checkbox"/> | Cuota Apertura \$ Un día de un salario mínimo |
|---|-------------------------------------|---|

* Declaro que he leído el reglamento para la constitución de PLAN GOTICAS AHORRITO con COOPTRACONALVIDRIOS

Método de pago

El Padre, Representante o tutor quien hará las veces del representante del Niño o Joven vinculado al Plan Góticás realizará el pago por caja o ventanilla indicando el número de tarjeta de identidad o registro civil, con destino a COOPTRACONALVIDRIOS de la cual es asociado (a), con destino a la constitución de Aportes.

Declaración Voluntaria de Origen de Fondos

Declaro que: el origen de los fondos que manejaré en la cuenta solicitada proviene del giro ordinario de actividades lícitas, y mi ocupación económica no es ni se relaciona con la actividad profesional de compra o venta de divisas. Igualmente declaro que el origen de mis recursos procede del desarrollo de la(s) siguiente (s) actividad (es),

Me obligo a no prestar mi cuenta y a no permitir que terceros efectúen depósitos o transferencias a mi cuenta y a no hacer pagos o transferencias desde mi cuenta a desconocidos. También declaro que la información que suministro es veraz, completa, la he proporcionado sin reticencia y si el Fondo lo solicita me obligo a entregar la información, documentos y explicaciones pertinentes. Cualquier inexactitud al respecto o al verme sindicado o involucrado por cualquier autoridad, en investigaciones relacionadas con el lavado de activos o enriquecimiento ilícito, faculta al Fondo para dar por terminado sin explicaciones el presente contrato.

| | | | |
|----------------------|----------------|-------|--------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| NOMBRE REPRESENTANTE | IDENTIFICACIÓN | FIRMA | HUELLA |

FG-002-1021-0/1

| | | | |
|-----------------|----------------|-------|--|
| NOMBRE ASOCIADO | IDENTIFICACIÓN | FIRMA | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> HUELLA |
|-----------------|----------------|-------|--|

El Consejo de Administración en uso de las facultades legales, las del Estatuto y reglamentos, _____ aprueba esta admisión.

_____ PRESIDENTE _____ SECRETARIO _____ GERENTE

| APROBADA | | | ACTA No. | APERTURA ADMISION | FECHA INICIO | | |
|----------|-----|-----|----------|-------------------|--------------|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO | | | DÍA | MES | AÑO |
| | | | | | | | |

- HIJO
- NIETO
- HIJASTRO

- SOBRINO
- HERMANO

