

FORMULARIO DE ADMISION Y/O ACTUALIZACION ASOCIADO COOSVIPALITO



Cooperativa de Aportes y Crédito Hospital San Vicente de Paul COOSVIPAL
 Nit. 891.380.020-1 Tels: - 310 8457289
 www.coosvival.com

Gestión Administrativa Código: GA-FVAC-02 Fecha Formato: marzo 17 de 2023

POSTULANTE					VERSION 2
FECHA DE RECEPCIÓN	Día	Mes	Año	Hora	
FECHA DE INGR. AL SISTEMA	Día	Mes	Año	Usuario	
DIGITO:					

Señores: **COOSVIPAL**: Solicito a ustedes la admisión como Asociado a **COOSVIPAL**, aceptando las normas internas que regulan a la cooperativa y comprometiéndome a cumplir todas las obligaciones que de ellas se derivan, así como las disposiciones emanadas de sus organismos de dirección y administración. Para los fines de esta solicitud suministro la siguiente información verídica y autorizo a **COOSVIPAL** para que la verifique:

*DATOS DEL COOSVIPALITO

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre								
Tipo de Identificación	Fecha y Ciudad de Nacimiento			Fecha y Ciudad de Expedición y/o inscripción			Edad				
	D	M	A	CIUDAD	D	M	A	CIUDAD	Nacionalidad		
N°									Genero	M	F
Dirección Residencia actual				Barrio		Estrato	ciudad	Celular			
Grado de escolaridad		Grado Cursando		Correo Electrónico							
Afición deporte o Hobbie		Cursos o Estudios Anexos			Afición Cultural						
Tiene alguna alergia, medicamento o condición médica especial, si es así, cuál?											

NOMBRE PADRE, MADRE Y/O APODERADO

Asociado, Padre o apoderado	Nombre y Apellido	Empresa u ocupación	No Identificación	Celular	Dirección
Asociada, Madre o apoderado	Nombre y Apellido	Empresa u ocupación	No Identificación	Celular	Dirección

DECLARO de manera expresa, libre y voluntaria que todos los datos arriba registrados son ciertos y que recibí a entera satisfacción la información suministrada por el asesor: Deberes y Derechos, Auxilios, condiciones reglamentación Interna y Estatutaria. Así mismo autorizo a Coosvival para el tratamiento de mis datos personales. FIRMO a entero conocimiento la anterior información. Como representante o apoderado del niño (a) me comprometo a cancelar por Caja, Nomina o Consignación en la cuenta asignada por COOSVIPAL las obligaciones adquiridas con la Cooperativa mensualmente.

FIRMA Y CEDULA DEL REPRESENTANTE C.C.	NOMBRE Y NUMERO DEL NIÑO (A) (si aplica) D.I	VALOR DEL APORTE MENSUAL \$ _____
--	---	---

COOSVIPAL SE RESERVA EL DERECHO APROBAR O IMPROBAR LA ADMISIÓN DE ACUERDO CON EL ESTATUTO VIGENTE

FAVOR NO DILIGENCIAR ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

OBSERVACIONES	ANEXO DE DOCUMENTOS
	Cédula de Ciudadanía 150% apoderado (Si aplica) <input type="checkbox"/>
	Documento identidad del Niño@ <input type="checkbox"/>

ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA (VERIFICACIÓN DE DATOS)

Fecha realización entrevista	Nombre y firma funcionario que realizó la entrevista	Visto bueno Gerencia						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">D</td> <td style="width: 33%;">M</td> <td style="width: 33%;">A</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	D	M	A					
D	M	A						

APROBADO	NEGADO	APLAZADA	ACTA N°	FECHA	
----------	--------	----------	---------	-------	--