



Km. 12 Vía Apiay Villavicencio - Meta
315870 2116 311 2896407
E-mail: counillanos@unillanos.edu.co

FSC -V-3
AGOSTO 2023

Ciudad		Fecha	Día / Mes / Año	SOLICITUD DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN MENOR DE EDAD			
				VINCULACIÓN ☐		ACTUALIZACIÓN ☐	
DATOS PERSONALES DEL MENOR							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres			
Tipo Identificación		Número de Identificación		Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	
R.C. ☐ T.I. ☐				Día / Mes / Año			
Fecha de Expedición		Lugar de Expedición		Género		Nacionalidad	
Día / Mes / Año				M ☐ F ☐			
Dirección Domicilio		Barrio					
Ciudad	Departamento	País	Correo Personal			Celular	Estrato
NIVEL ACADÉMICO DEL MENOR							
Primaria ☐ Bachillerato ☐ Grado ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Universitario ☐ Carrera ☐							
Semestre cursado ☐ Tiene familiares Empleados en Counillanos Si ☐ No ☐ Nombre completo Parentesco							
DATOS PERSONALES DEL PADRE Y MADRE ASOCIADO							
Primer Apellido PADRE		Segundo Apellido PADRE		Nombres PADRE			
Identificación		Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Fecha de Expedición	
C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ No.		Día / Mes / Año				Día / Mes / Año	
Lugar de Expedición		Nacionalidad		Correo Electrónico		Celular	
Primer Apellido MADRE		Segundo Apellido MADRE		Nombres MADRE			
Identificación		Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Fecha de Expedición	
C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ No.		Día / Mes / Año				Día / Mes / Año	
Lugar de Expedición		Nacionalidad		Correo Electrónico		Celular	
Yo identificad@ con número de cédula							
certifico que soy el padre o madre responsable de							
ACTIVIDAD PRINCIPAL DEL PADRE O MADRE RESPONSABLE							
Nivel académico:							
Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Universitario ☐ Especialización ☐ Magister ☐ Doctorado ☐							
Profesión		Salario y/o ingreso		Cargo		Dirección	
Ocupación actual		Dependencia		Teléfono			
Empleado ☐ Pensionado ☐							
Fecha de Ingreso		Correo Electrónico		Tipo de Contratación			
Día / Mes / Año				T. Fijo ☐ T. Indef ☐			
Maneja recursos Públicos		Tiene reconocimiento Públicos		Ejerce algún grado de poder Público			
Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐			
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PADRE O MADRE RESPONSABLE							
Ingreso mensual derivado de su actividad principal				Egresos Mensuales			
Total Activo \$		Total Pasivo \$		Total Patrimonio \$			
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA DEL PADRE O MADRE RESPONSABLE							
Realiza operaciones en moneda extranjera Si ☐ No ☐				¿Cuáles?			
Posee cuentas en moneda extranjera Si ☐ No ☐				Si Indico Diligencie Banco Moneda			
No. Cuenta		Ciudad		País			

Declaro que no realizo operaciones en moneda extranjera.

Firma:

C.C:



Huella

BENEFICIARIOS DEL MENOR			
En caso de fallecimiento, indique los beneficiarios y en qué porcentaje se debe entregar el saldo a favor a que tenga derecho una vez se haga el respectivo cruce de cuentas. Sí deja beneficiarios menores de edad, favor dejar un Tutor mayor de 18 años y debidamente identificado con número de documento.			
Nombre del Beneficiario	Parentesco	No. Documento	Porcentaje (%)
Tutor: _____			C.C. No. _____

AUTORIZACION DATOS PERSONALES
En mi calidad de Titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo a COUNILLANOS a dar Tratamiento a mis datos personales,de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013 para: 1.El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, la atención de mis solicitudes, la generación de extractos, la realización de actividades de cobranza, entre otros. 2.La administración de los productos o servicios comercializados a través de COUNILLANOS de los que soy titular. 3.La estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que COUNILLANOS establezca para tal fin. 4.La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Así mismo, COUNILLANOS podrá transferir mis datos personales a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de COUNILLANOS, a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular. Así mismo, a las Entidades que forman parte del Estado Colombiano y que ejercen vigilancia, control y protección a los Ahorradores (SUPERSOLIDARIA, DIAN, FOGACOOP y quienes lleguen a ser delegadas por el Gobierno Nacional) y a los terceros con quien COUNILLANOS establezca alianzas comerciales, a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios que puedan ser de su interés o de interés de los Titulares de la información. sí mismo, en mi calidad de titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo de manera irrevocable a COUNILLANOS para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza a cualquier Operador de Información debidamente constituido o entidad que maneje o administre bases de datos con fines similares a los de tales Operadores, dentro y fuera del territorio nacional, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico. Esta autorización implica que esos datos serán registrados con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras, comerciales, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes tengan acceso a esos Operadores de Información podrán conocer esa información de conformidad con la legislación vigente. 5.En la fecha me han brindado informacion basica, informacion verbal y escrita, sobre mis derechos y deberes como asociado a COUNILLANOS. 6.He recibido información básica, verbal y escrita, relacionada con la doctrina cooperativa, los valores y principios cooperativos. 7.Me comprometo a continuar recibiendo capacitación sobre economía solidaria por parte de COUNILLANOS. 8.Como Tutor o representante Legal del niño(a) autorizo a COUNILLANOS para que mi nombre: sea consultado en las listas SARLAFT.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
Declaro que: 1. La información suministrada a COUNILLANOS es auténtica y veraz, por lo tanto la autorizo para verificarla a través de los medios que considere convenientes. Igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que COUNILLANOS considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se produzca en los mismos. 2. Que los recursos que entregue no son de ningún delito y que mis ingresos provienen de actividades lícitas y que me comprometo a suscribir y pagar los Aportes Sociales establecidos para el ingreso y anualmente a pagar los aportes sociales que establezcan los estatutos. 3. Que no permito que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuare transacciones destinadas a cometerlos o en favor de delinquentes. 4. En caso de infringir lo anterior o por suministrar información falsa, errada o inexacta, autorizo saldar las cuentas y depósitos que mantenga en COUNILLANOS, sin que tal hecho genere responsabilidad para COUNILLANOS . 5. COUNILLANOS queda irrevocablemente autorizada para procesar, administrar, coleccionar, archivar, reportar, consultar o transmitir la información comercial y financiera que reciba u obre en su poder sobre el suscrito y para que recolecte o consulte a terceros información sobre mi comportamiento crediticio y, en general, respecto del cumplimiento de cualquier obligación civil o natural a mi cargo; así mismo para reportar a terceros tales datos. 6. Certifico que he leído, entendido y aceptado el contrato y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones; respondo por la veracidad de la información aquí suministrada y declaro que los recursos que he utilizado y utilizare en cada una de las transacciones que realice con COUNILLANOS, provienen de actividades lícitas.

_____		_____	
Firma del menor		Firma madre o padre responsable	
_____		_____	
T.I. del menor	Huella	C.C. madre o padre responsable	Huella

REQUISITOS DE AFILIACIÓN PARA MENORES DE EDAD				
○ Fotocopia del Registro Civil del Menor ○ Fotocopia de la Cédula del Representante Legal del Menor de Edad ○ Si el Menor de Edad tiene Tutor o Representante Legal diferente a sus padres Biologicos, deberá anexar el documento que Certifique la custodia o patria potestad y copia del documento de identidad del Representante o Tutor (Si aplica) ○ Fotocopia de Tarjeta de Identidad, para Mayores de (7) años (si aplica)				☐ ☐ ☐ ☐
Nota: Cuando el asociado menor de edad cumpla la mayoría de edad deberá actualizar información. Deberá allegar fotocopia de la cédula de ciudadanía, actualizar información cambio de menor a mayor y continuar aportando como mayor de edad. Este cambio no afectará ningún momento su antigüedad como asociado.				
ESPACIO RESERVADO PARA COUNILLANOS				
Fecha	Hora	Teléfono	Nombre de la persona que atendió	Parentesco
Día / Mes / Año				
Confirmación de la dirección _____				Si ☐ No ☐
Aceptado ☐ Rechazado ☐		Observaciones _____		
Nombre y firma del empleado oficina que verifica				
