

**Formulario de solicitud de afiliación**

Libranza No.

**Adriática Cooperativa Multiactiva  
900.402.749-8**

Fecha			Ciudad	Valor aportes
DD	MM	AAAA		

**Información Solicitante**

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
--------------	--------------	---------

Tipo de documento		Número	Lugar y fecha de expedición				Lugar y fecha de nacimiento				Genero	
C.C	C.E		Ciudad	DD	MM	AAAA	Ciudad	DD	MM	AAAA	M	F
Dirección residencia			Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico personal					

**Información Laboral**

Empresa donde trabaja	Tipo de contrato	Grado/Cargo			Antigüedad (Años)		
Dirección laboral	Ciudad	Teléfono laboral			Fecha ingreso		
					DD	MM	AAAA

**A - DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Quien suscribe la presente solicitud obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo consignado aquí es cierto, veraz y verificable realizo la siguiente declaración de origen de bienes y/o fondos a ADRIATICA COOPERATIVA MULTIACTIVA, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Superintendencia Financiera y demás normas concordantes:

1. Los recursos que entregué en depósitos, en inversión, en garantía o para cancelar la obligación a mi nombre tienen un origen lícito y provienen de las siguientes fuentes:

**B - DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN**

Dejo constancia de que me han suministrado información comprensible y legible de la afiliación solicitada y que he entendido los términos, condiciones y políticas de otorgamiento de la afiliación ofrecida y toda la información necesaria y relevante para mi adecuada comprensión.

De acuerdo a lo anterior, manifiesto que conozco las condiciones de la afiliación las cuales acepto a entera satisfacción.

Me comprometo a actualizar mis datos personales, por lo menos una vez al año, suministrando la totalidad de los documentos exigidos.

**C - SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

De manera atenta les solicito sea aprobada mi vinculación como asociado de ADRIATICA COOPERATIVA MULTIACTIVA, a partir de la fecha, para lo cual realizo las siguientes manifestaciones y compromisos

Manifiesto expresa y voluntariamente que tengo conocimiento y me comprometo a cumplir los derechos, deberes y obligaciones en mi calidad de asociado, que me obligo a cumplir con el acuerdo cooperativo, los reglamentos y demás disposiciones emanadas de los órganos de administración y control actuales y futuras, que en la fecha he recibido copia; conforme a lo anterior asumiré los costos de admisión y/o afiliación, la suscripción de aportes sociales exigibles de mi afiliación.

**D - AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LIBRANZA DESCUENTO DIRECTO**

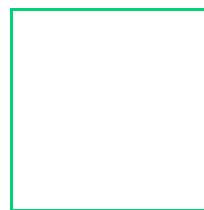
Autorizo al señor pagador de la entidad donde laboro descontar el valor mencionado en esta solicitud mensualmente, correspondiente al APOORTE SOCIAL, con el propósito de cumplir satisfactoriamente con todas y cada una de las obligaciones contraídas con LA COOPERATIVA

**E - LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

Para ADRIATICA COOPERATIVA MULTIACTIVA la protección y el manejo de la información personal de los clientes es muy importante. Por ésta razón, se han diseñado políticas y procedimientos que en conjunto con la siguiente autorización, permiten hacer uso de sus datos personales conforme a la ley 1581 del 2012 y demás normas vigentes

**Autorización al tratamiento de datos personales:** Conforme con la política de tratamiento de datos personales autorizo a ADRIATICA COOPERATIVA MULTIACTIVA para tratar mi información personal con el fin de estructurar a través de los medios indicados por la cooperativa en su Aviso de Privacidad. Estoy de acuerdo con lo anteriormente mencionado

	Firma Solicitante
C.C No.	_____
Nombre	_____
Dirección	_____
Teléfono	_____



Huella Solicitante

Visado Pagaduría El suscrito pagador de la empresa acepta la anterior libranza y conserva una copia reconociendo personería a la Cooperativa para los efectos de rigor de acuerdo con la ley. Aceptada
Firma y sello de la entidad pagadora

Aceptación se solicitud de afiliación
Secretario del Consejo de Administración

**Verificación**

Nombre de quien diligencia	Nombre de quien revisa	Fecha de revisión
----------------------------	------------------------	-------------------