

Fecha de solicitud DD / MM / AAAA	Monto solicitado \$	Primera vez <input type="radio"/> Renovación <input type="radio"/>			
DATOS DEL ASOCIADO					
INFORMACION PERSONAL					
Nombres y Apellidos:		Lugar de nacimiento		País	Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA
					Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Identificación C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.E.P. <input type="radio"/>		Número	Lugar de expedición	Fecha de expedición DD / MM / AAAA	Estado civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a)
Sisbén <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cabeza de familia Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	No. De personas a cargo Adultos _____ menores de 18 años _____		Ciudad de residencia	País de residencia
Dirección de residencia		Barrio	Estrato S.E	Teléfono residencia	Teléfono celular
Vivienda Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>		Tiempo residencia actual Años _____ Meses _____	Afiliado a la Cooperativa MD desde DD / MM / AAAA		\$ Aporte mensual
Banco		<input type="radio"/> Ahorros	<input type="radio"/> Corriente	No. De cuenta	
INFORMACION ACADÉMICA					
Pregrado <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Programa _____	Semestre _____	Universidad _____		Promedio académico _____	
Código NIES universidad			Código NIES programa académico		
INFORMACION LABORAL					
Ocupación Empleado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Dependiente económicamente <input type="radio"/>		Nombre de la empresa	Actividad económica de la empresa	Dirección	Barrio
Ciudad	Teléfono y Ext.	Salario	Cargo u oficio desempeñado	Fecha de vinculación o creación DD / MM / AAAA	Tipo de contrato: <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Contratista <input type="radio"/> Indefinido No aplica <input type="radio"/>
				Dedicación laboral: Parcial <input type="radio"/> Total <input type="radio"/>	
¿Maneja dineros públicos de la Nación, Departamento, Municipio o alguna entidad pública?				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
¿Es contratista con la Nación, Departamento, Municipio o alguna entidad pública?				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
¿Se considera usted una persona públicamente expuesta?				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
¿Algún miembro de su familia en primer grado de consanguinidad o afinidad es una persona públicamente expuesta?				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
¿Tiene usted parentesco con algún miembro del Consejo de Administración, Junta de Vigilancia o empleado de la Cooperativa Minuto de Dios?				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
AUTORIZACIONES					
<p>AUTORIZACION PARA UTILIZAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN: Autorizo de manera expresa e irrevocable a la COOPERATIVA MINUTO DE DIOS, a quien represente o a quien ceda sus derechos o a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que somos titulares o como representantes de este, para que consulte, solicite, reporte, procese, obtenga, recolecte, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda información relativa a comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y administradoras de pensiones y/o demás operadores de información de seguridad social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, y a los que tengan acceso en desarrollo de las finalidades previstas en las presentes autorizaciones y declaraciones.</p> <p>Manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, por consiguiente autorizo que estos sean recolectados, almacenados, usados, circulados, tramitados o transferidos a terceros para las siguientes finalidades principales:</p> <p>AUTORIZACION DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS: La Cooperativa Minuto de Dios esta libremente facultada para aceptar o negar la solicitud del Fondo Solidario contenida en el presente documento, acepto que sean revocables en cualquier momento. En caso de que la presente solicitud sea negada, autorizo irrevocablemente que los documentos que entregue para el estudio no sean devueltos después de (15) días calendario de la decisión de rechazo.</p> <p>AUTORIZACIÓN DE GRABACIÓN DE LLAMADAS: Autorizo de manera expresa e irrevocable a la COOPERATIVA MINUTO DE DIOS a grabar y conservar en cintas magnetofónicas o en otro medio que consideren idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones, transacciones, solicitudes, quejas o cualquier otra información que resulte entre el suscrito y la COOPERATIVA MINUTO DE DIOS y/o las entidades externas que la COOPERATIVA MINUTO DE DIOS autorice, la información así obtenida y recopilada será sujeta a reserva en la forma prevista por la ley, sin perjuicio de que pueda utilizarse por las entidades así autorizadas con fines probatorios, de control, transparencia de operaciones, administración de información, calidad o cualquier otro propósito comercial.</p> <p>DECLARACION DE INFORMACIÓN: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, declaro que he sido informado de manera clara y expresa de las finalidades con que se recopilan mis datos, del derecho a conocer, actualizar, corregir o suprimir la información entregada, así como que la Política de Protección de Datos se encuentra disponible en la página web www.coopuniminuto.com. Así mismo, he sido informado que en el evento en que no desee recibir información comercial o publicitaria proveniente de la COOPERATIVA MINUTO DE DIOS, podre y entendiendo estas condiciones.</p>					
Para constancia firmo:					
Firma y huella del Asociado Documento de identidad			Índice Derecho		
DATOS DE ASESOR Y HORA DE RADICACION DE DOCUMENTOS					
Nombre del asesor o funcionario que recibe los documentos					
Nota: No olvides adjuntar el listado de documentos especificados en el Reglamento del Fondo Solidario					