



Formato de Vinculación Menores de 14 años de edad

Fecha de Recepción	año	mes	día

Fecha del Primer Aporte	año	mes	día

Valor Aportes de al menos el 2% del SMMLV

DATOS DEL ASOCIADO APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombres:	
IDENTIFICACIÓN: CC ___ CE ___	FECHA DE VINCULACIÓN		PARENTESCO CON EL MENOR		CELULAR:
N°	año	mes	día	E-MAIL:	

DATOS PERSONALES DEL MENOR DE EDAD

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombres:	
IDENTIFICACIÓN: RC ___ TI ___	FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	
N°	año	mes	día	año	mes
Dirección Residencia		Barrio	Ciudad	Departamento	Estrato
ACTIVIDAD CULTURAL PREFERIDA		ACTIVIDAD DEPORTIVA PREFERIDA	RED(ES) SOCIAL (ES) PREFERIDA(S): Tiktok ___ Instagram ___ Facebook ___		Correo Electronico
Nivel de Escolaridad: 1-Preescolar, 2- Primaria, 3-Bachillerato, 4-Tecnico, 5-Tecnologico, 6- Universitario: _____, Curso o Semestre Actual: _____		Estado Civil: Soltero ___ U.Libre ___ Casado ___	Tiene Hijos?: Si ___ No ___	Tipo de Vivienda: Propia ___ Familiar ___ Alquilada ___	
			Cuantos: _____	Con Patrimonio Si ___ No ___ Con Hipoteca: Si ___ No ___	

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL MENOR DE EDAD

Desarrolla alguna actividad económica?: Si ___ No ___		Como desarrolla su actividad: Empleado ___ Cuenta Propia ___ Virtual: Si ___ No ___		Tipo de Contrato: Fijo ___ Indefinido ___ Obra Labor ___	
Cual?:		Dirección:		Pasante ___ Labor Social ___	
Nombre de la Empresa:		Ingreso Mensual:	Egresos Mensuales:	Carga o Actividad	
Sección de la Empresa:		Teléfono Empresa:	Dirección de la Empresa: _____		Fecha de Inicio de la Actividad
				año	mes
Activos		Pasivos	Patrimonio	Fecha de Inicio de la Actividad	
				año	mes
Activo		Pasivo	Patrimonio	Fecha de Inicio de la Actividad	
				año	mes

Composición del Grupo Familiar			Nivel de Escolaridad: 1-Preescolar, 2- Primaria, 3-Bachillerato, 4-Tecnico, 5- Tecnologico, 6- Universitario, 7-Posgrado, 8-Maestría		
Parentesco	Identificación RC ___ TI ___ CC ___ CE ___	Nombre:	Apellidos:	Fecha de Nacimiento: Día ___ Mes ___ Año ___	
	N°	Dirección:	Telefono:	Celular:	Nivel Escolaridad:
Parentesco	Identificación RC ___ TI ___ CC ___ CE ___	Nombre:	Apellidos:	Fecha de Nacimiento: Día ___ Mes ___ Año ___	
	N°	Dirección:	Telefono:	Celular:	Nivel Escolaridad:
Parentesco	Identificación RC ___ TI ___ CC ___ CE ___	Nombre:	Apellidos:	Fecha de Nacimiento: Día ___ Mes ___ Año ___	
	N°	Dirección:	Telefono:	Celular:	Nivel Escolaridad:

Nota: Certificamos que la información aquí consignada es verídica y corresponde a nuestros datos actuales.

Como representante legal del menor aquí vinculado, me hago responsable del pago de sus aportes y obligaciones con la cooperativa. De igual manera me comprometo a incluirlo como uno de los beneficiarios del servicio Funerario.

 Firma Representante Legal Huella

 Firma del Menor Huella

Aprobado Rechazado

Gerente Coviemcali