



Solicitud de ingreso como Corporado

Formulario No.

Foto 3 x 4  
Persona natural

Anexe la foto por correo electrónico a [corpidroguistas@coopidrogas.com.co](mailto:corpidroguistas@coopidrogas.com.co)

Persona natural     Sucesión     Actualización información  
 Reingreso     Traslado

Ciudad  Fecha de solicitud  DÍA  MES  AÑO

**DATOS PERSONALES DEL CORPORADO**

<b>Calidad del aspirante</b>	Representante legal <input type="checkbox"/>	Nieto(a) <input type="checkbox"/>	Sobrino(a) <input type="checkbox"/>	Cónyuge del Hermano(a) <input type="checkbox"/>	
	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Padre/Madre <input type="checkbox"/>	Exasociado(a) <input type="checkbox"/>	Hermano(a) del Conyuge <input type="checkbox"/>	
Asociado(a) a Coopidrogas <input type="checkbox"/>	Hijo(a) <input type="checkbox"/>	Suegro(a) <input type="checkbox"/>	Padrastros <input type="checkbox"/>	Hijo(a) de Exasociado Corporado <input type="checkbox"/>	
	Hijastro(a) <input type="checkbox"/>	Hermano(a) <input type="checkbox"/>	Tío(a) <input type="checkbox"/>	Cónyuge de Exasociado Corporado <input type="checkbox"/>	
NOMBRES Y APELLIDOS <input type="text"/>			Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Número D.I. <input type="text"/>	
Fecha de expedición DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	Fecha de nacimiento DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Teléfono fijo <input type="text"/>	
Teléfono celular <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>	Dirección residencia <input type="text"/>			
Barrio <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Estrato <input type="text"/>	E.P.S. <input type="text"/>	
<b>Escolaridad</b>	Primaria <input type="checkbox"/>	Tecnólogo <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>	<b>Estado civil</b>	
	Bachillerato <input type="checkbox"/>	Universidad <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>		Soltero(a) <input type="checkbox"/>
	Técnico <input type="checkbox"/>	Especialización <input type="checkbox"/>			Divorciado(a) <input type="checkbox"/>
<b>Ocupación</b>	Comerciante <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Empleado socio <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	
	Empleado <input type="checkbox"/>	Hogar <input type="checkbox"/>	Empleado público <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>	
	Pensionado <input type="checkbox"/>	Socio <input type="checkbox"/>	Profesional independiente <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	
¿Es funcionario público? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Administra recursos públicos? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Ejerce algún grado de poder público? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Goza de reconocimiento público general? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

¿Sufre de alergias? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Toma medicamentos? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Intervenciones quirúrgicas? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Cuál? <input type="text"/>	¿Cuál? <input type="text"/>	¿Cuál? <input type="text"/>
¿Tiene lesiones de algún tipo? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Enfermedades actuales? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Cuál? <input type="text"/>	¿Cuál? <input type="text"/>	
¿Recomendación médica especial? <input type="text"/>		

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS**

En cumplimiento con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo con mi firma como Titular de los datos, para que éstos, incluidos los datos sensibles como las características físicas y biológicas (estatura y grupo sanguíneo) y datos de salud, sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la **CORPORACIÓN PARA EL BIENESTAR DE LA FAMILIA COOPIDROGUISTA** para que sean tratados con la finalidad de: realizar gestión administrativa, gestión de estadísticas internas, gestión de cobros y pagos, gestión de facturación, gestión económica y contable, verificación de datos y referencias, prospección comercial, programas culturales, deportivos y artísticos, afiliaciones, publicación a través de medios audiovisuales, escritos y redes sociales, envío de comunicaciones a través de los medios registrados, transmisión y/o transferencia de datos con terceros autorizados como **COOPIDROGAS, FUNDECOP, NTE e ICOM**; así como, autorizo que mis datos biométricos (imágenes personales) sean publicados en medios impresos (carnets, revistas, etcétera), medios audiovisuales y/o redes sociales institucionales.

En caso de aplicar, declaro que cuento con las autorizaciones de las personas registradas en este formulario (postulante) para que sus datos personales sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la **CORPORACIÓN PARA EL BIENESTAR DE LA FAMILIA COOPIDROGUISTA** con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos, transmisión y/o transferencia de datos con terceros autorizados con los cuales la **CORPORACIÓN PARA EL BIENESTAR DE LA FAMILIA COOPIDROGUISTA** contrate directa o indirectamente la prestación de un servicio relativo a las funciones legítimas de la Corporación.

Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles (datos de salud e imágenes personales), entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.

El titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante un escrito dirigido a la **CORPORACIÓN PARA EL BIENESTAR DE LA FAMILIA COOPIDROGUISTA (CORPIDROGUISTAS)** a la dirección de correo electrónico [datospersonales.corpidroguistas@coopidrogas.com.co](mailto:datospersonales.corpidroguistas@coopidrogas.com.co), indicando en el asunto el derecho que desea ejercer, o mediante correo ordinario remitido a la Calle 52 Bis N° 71C - 03 Barrio Normandía, Bogotá D.C.

### COMPORTAMIENTO ÉTICO Y MANEJO ADECUADO DE LA CORPORACIÓN

Declaro conocer que el incumplimiento a una de las disposiciones contenidas en los estatutos o reglamentos establecidos por la **CORPORACIÓN PARA EL BIENESTAR DE LA FAMILIA COOPIDROGUISTA (CORPIDROGUISTAS)**, es causal de exclusión o de suspensión total de los derechos. Me comprometo también a comportarme de manera adecuada, responsable y respetuosa en las actividades y demás actos que realice la Corporación al igual atender todos los requerimientos legales de la misma.

### SOMETIMIENTO A LOS ESTATUTOS Y LOS REGLAMENTOS

Me comprometo a dar estricto cumplimiento a las normas establecidas en los estatutos y reglamentos definidos por Corpdroguistas, brindando especial atención a mis derechos, deberes y sanciones relativas al cumplimiento del mismo. Manifiesto conocer los deberes y derechos de los Corporados y en consecuencia me obligo a cumplir estrictamente los estatutos y demás reglamentos de la Corporación, así mismo a pagar las obligaciones económicas consagradas en el estatuto. Al igual me comprometo a responder y pagarle a la Corporación los perjuicios económicos y morales que se puedan derivar del desprestigio que sufra Corpdroguistas o sus Corporados por causa o con ocasión de hechos irregulares, delictivos, o por comportamientos antiéticos e inapropiados que se puedan llegar a presentar. Por tanto, autorizo a que se me desvincule de la Corporación y se me retire del registro social de ésta, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales en los estatutos que rigen la entidad. El Corporado certifica que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades de lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. En todo caso, será causal de exclusión inmediata, si se encuentra que el Corporado llegará a estar involucrado en una investigación de cualquier tipo (penal, administrativa, etc.) relacionada con actividades ilícitas, lavado de activos y/o financiamiento del terrorismo.

### INFORMACIÓN DEL ASOCIADO(A) O CORPORADO(A) EXASOCIADO(A)

DATOS DE LA PERSONA QUE PRESENTA AL ASPIRANTE

En mi calidad de **Asociado(a)**  **Corporado(a)**  **Exasociado(a)**  , presento al (la) firmante al final del presente documento como una persona idónea para vincularse a la Corporación para el Bienestar de la Familia Coopdroguista (CORPIDROGUISTAS).

#### NOMBRES Y APELLIDOS

C.C. No.

Correo Electrónico

Teléfono fijo

Teléfono celular

Si es asociado indique el código de la droguería principal

### ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES

En constancia de haber leído, entendido íntegramente y aceptado lo señalado en los anteriores ítems, declaro que la información suministrada es exacta en todas sus partes y para el efecto firmo este documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_

NOMBRES

C.C. No.

### ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE CORPIDROGUISTAS VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

#### Verificación de la información por funcionario Corpdroguistas

Fecha

DÍA MES AÑO

Hora

Lugar

Observaciones

#### Confirmación de la información por parte de la comisión de ingresos

Fecha

DÍA MES AÑO

Hora

Favorable

Aplazado

Desfavorable

Observaciones

### JUNTA DIRECTIVA

Fecha

DÍA MES AÑO

Acta No.

Observaciones