COOMULDENORTE COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES DE COLOMBIA	FORMATO					
	AUTORIZACIÓN REPRESENTANTE MENOR DE EDAD					
	Código:	PGC-F-18	**Versión:**	2	**Página:**	1 de 1

Información Representante Menor de Edad			
Nombre de Representante		**Documento**	
Celular		**Correo Electrónico**	
Fecha de Nacimiento		**Parentesco**	
Dirección		**Municipio**	
Situación Laboral		**Ingresos**	
Dirección Laboral		**Fecha Solicitud**	

Autorización del Representante para la vinculación del menor

Yo_____ identificado con cedula No. _____ de _____ dejo constancia de ser el representante y responsable del menor de edad _____ identificado con _____ No. _____ de _____ y manifiesto que seré el responsable del manejo de los aportes sociales del menor en COOMULDENORTE En mi condición de representante autorizo que en caso de fallecimiento los aportes sociales que se encuentran a nombre del menor sean entregados a _____

Cuando el menor de edad asociado a COOMULDENORTE cumple la mayoría de edad, el manejo de los aportes sociales queda a cargo del asociado más no del representante.

Firma del Representante		Huella
Firma del Menor		Huella