

Formulario inicial de vinculación del padrino o patrocinador

Primer registro para personas interesadas en apoyar a un niño, niña o familia

Código	LT FOR 11	Fecha de recepción	___/___/___
Versión	1.0 – Septiembre 2026	Radicado	LT-VIN-_____

Importante. Este formulario expresa el interés inicial y no crea por sí solo un apadrinamiento. La vinculación queda sujeta a verificación, disponibilidad, priorización, consentimiento de la familia y firma del acuerdo. Diligencie únicamente datos propios; no escriba nombres ni información privada de los beneficiarios.

1. Datos del interesado

Tipo de aportante	☐ Persona natural ☐ Persona jurídica/empresa aliada
Nombre completo o razón social	_____
Tipo y número de documento	☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ NIT ☐ Otro: _____ N.º: _____
Fecha de nacimiento	___/___/___ (obligatoria para persona natural; debe ser mayor de edad)
Ciudad y país de residencia	Ciudad: _____ País: _____
Teléfono / WhatsApp	Indicativo: _____ Número: _____
Correo electrónico	_____
Ocupación o profesión	_____
Empresa, cuando aplique	Nombre: _____ NIT: _____
Representante o cargo	_____

2. Modalidad elegida

Marque	Opción
☐	Quiero apadrinar a un niño o niña mediante un plan protegido.
☐	Quiero patrocinar a una familia mediante un plan protegido.
☐	Quiero participar como empresa aliada.
☐	Deseo que CORPUSOI determine el niño, la familia o la necesidad prioritaria.

Marque una modalidad principal. CORPUSOI confirmará por escrito la modalidad y el código finalmente asignados.

3. Niño, niña o familia que desea apoyar

Consulte los perfiles protegidos publicados por CORPUSOI y escriba únicamente el código. No incluya nombres, diagnósticos, dirección, colegio, teléfono ni otra información que permita identificar al beneficiario.

Selección principal	☐ Niño o niña ☐ Familia Código protegido: _____
Código alternativo 1	☐ Niño o niña ☐ Familia Código protegido: _____
Código alternativo 2	☐ Niño o niña ☐ Familia Código protegido: _____
Sin código específico	☐ Autorizo a CORPUSOI a asignar el caso o la necesidad de mayor prioridad.

4. Si el código seleccionado no está disponible

Marque	Opción
☐	Deseo que se revise el primer código alternativo indicado.
☐	Deseo que CORPUSOI me contacte antes de realizar otra asignación.
☐	Autorizo a CORPUSOI a asignar un perfil equivalente o una necesidad prioritaria.

Regla de protección y asignación. Elegir un código representa una preferencia y no otorga derecho de contacto, control, custodia, adopción, exclusividad ni acceso a información personal. La asignación será confirmada por CORPUSOI y podrá ajustarse por protección, consentimiento, disponibilidad o cambio de necesidad.

5. Características del aporte

Periodicidad	☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Único para un plan específico
Valor que desea aportar	\$ _____ Moneda: ☐ COP ☐ Otra: _____
Duración estimada	_____ meses Fecha estimada de inicio: ____/____/____
Medio de pago	☐ Transferencia ☐ Pasarela web ☐ Consignación ☐ Otro autorizado: _____
Comprobante y reportes	Correo al que deben enviarse: _____

6. Información preventiva

Marque	Opción
☐	No conozco personalmente al niño, niña o familia cuyo código seleccioné.
☐	Sí existe una relación previa, familiar, laboral, comercial, política, religiosa o de otra naturaleza. La explicaré a CORPUSOI antes de cualquier asignación.
Si respondió "Sí"	Explique brevemente: _____ _____ _____

7. Declaraciones obligatorias

Todas las casillas deben estar marcadas para continuar con el proceso.

Marque	Opción
☐	He leído y comprendido el Reglamento del programa Lazos que Transforman.
☐	Acepto el Código de Conducta del padrino y patrocinador.
☐	Comprendo que no tendré contacto directo, privado ni no supervisado con menores de edad.
☐	Acepto que CORPUSOI administre el aporte conforme al plan, el acuerdo y las reglas publicadas.
☐	Autorizo el tratamiento de mis datos personales para estudiar, gestionar y hacer seguimiento a mi vinculación.
☐	Declaro que la información suministrada es verdadera, completa y puede ser verificada por CORPUSOI.

8. Autorización de tratamiento de datos

Autorizo de manera previa, expresa e informada a CORPUSOI para recolectar, almacenar, usar, actualizar y verificar mis datos con el fin de validar mi identidad, administrar la vinculación y los aportes, enviar reportes, atender solicitudes, prevenir riesgos y cumplir obligaciones legales. Puedo consultar, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos y revocar la autorización cuando proceda mediante corpusoi.es@gmail.com, +57 312 759 1548 o en Carrera 5 #18B-05, Quibdó, Chocó.

Esta autorización corresponde a los datos del interesado. No autoriza el acceso a datos personales, imágenes o documentos del niño, niña o familia seleccionada.

9. Aceptación y firma

Nombre del interesado o representante	_____
Documento / NIT	_____
Firma	_____ ☐ Aceptación electrónica registrada
Fecha y lugar	Fecha: ____/____/____ Ciudad: _____

10. Registro de asignación – uso exclusivo de CORPUSOI

Validación y resultado	☐ Identidad y mayoría de edad verificadas ☐ Aprobado ☐ Pendiente ☐ No aprobado
Asignación y acuerdo	Código: _____ Fecha: ____/____/____ Acuerdo N.º: _____ Responsable: _____

NOTA IMPORTANTE

Envío, revisión y activación del apadrinamiento o patrocinio

Una vez diligenciado y firmado el presente formulario, envíelo al correo corpusoi.es@gmail.com para que CORPUSOI revise la información suministrada y determine la viabilidad de la vinculación.

1. Envío del formulario

Remita el formulario completamente diligenciado y legible. En el asunto del mensaje escriba: Solicitud de vinculación - Lazos que Transforman. Si aplica, adjunte los documentos adicionales que CORPUSOI le solicite para verificar la identidad o la empresa.

2. Revisión y aprobación

CORPUSOI revisará la integridad y veracidad de la información, la modalidad elegida, el código del niño, niña o familia seleccionado, su disponibilidad y el cumplimiento de las reglas de protección. El envío del formulario no implica aprobación automática.

3. Instrucciones para realizar el aporte

Si la solicitud es aprobada, CORPUSOI enviará al correo registrado la confirmación de vinculación, el código asignado, las condiciones del aporte y las instrucciones oficiales sobre dónde y cómo realizar la consignación o transferencia. No efectúe pagos antes de recibir esta aprobación.

4. Envío y validación del comprobante

Una vez realizado el aporte, responda al mismo correo de aprobación adjuntando el comprobante legible e indicando el nombre del aportante y el código asignado. CORPUSOI verificará el ingreso y confirmará por correo la activación del apadrinamiento, patrocinio o alianza.

5. Seguimiento y entrega de avances

Después de la activación, CORPUSOI registrará internamente el aporte, realizará seguimiento al plan y enviará al padrino o patrocinador los avances e informes establecidos, protegiendo siempre la identidad, los datos personales y la seguridad de los beneficiarios.

Seguridad del proceso: utilice únicamente las instrucciones de pago comunicadas por CORPUSOI después de la aprobación. Si tiene dudas, confirme la información en el +57 312 759 1548 antes de efectuar cualquier aporte.

Gracias por su interés en cuidar, tejer oportunidades y transformar futuros junto a CORPUSOI.