



NIT. 860.016.832-1

CARRERA 68 No. 17-64
TEL.: 261 6960 - BOGOTÁ, D.C.
PERSONERIA JURIDICA RESOLUCION
No. 00767 DE ABRIL 12 DE 1963

SOLICITUD DE ADMISION

Ciudad		DIA		MES		AÑO			
Apellidos			Nombres						
No. Cedula			Ciudad y Fecha de Nacimiento						
Estado Civil		Profesión			Teléfono Fijo		Celular		
Grado de Escolaridad		Primaria <input type="checkbox"/>		Secundaria <input type="checkbox"/>		Profesional <input type="checkbox"/>		Especialización / Otros <input type="checkbox"/>	
Otros (especifique)									
Dirección de la residencia			Ciudad		E-mail personal y corporativo				
Fecha de Ingreso a la compañía		Cargo			División		Ingresos		
Bienes Inmuebles		Propio <input type="checkbox"/>		Arriendo <input type="checkbox"/>		Familiar <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>	
Información Bancaria					VEHICULO		Marca		
Banco		Nro.		Ahorro <input type="checkbox"/>		Carro <input type="checkbox"/>		Placa	
Banco		Nro.		Ahorro <input type="checkbox"/>		Moto <input type="checkbox"/>		Modelo	
					Póliza <input type="checkbox"/>		Entidad Póliza		

VALOR APOORTE
MENSUAL

Ingreso 1a Vez
 Reintegro

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre y apellidos del conyuge						
Actividad Económica					EMPRESA DONDE LABORA	
Empleado <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>		Termino Fijo <input type="checkbox"/>		A Destajo <input type="checkbox"/>
DIRECCION DE LA EMPRESA			TELÉFONO		TIEMPO DE SERVICIO	
PROFESION U OFICIO			CARGO ACTUAL		INGRESOS \$	
Tiene personas a cargo		Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		Cuantas?
NOMBRE	APellidos	SEXO	EDAD	PARENTESCO	FECHA DE NAC.	GRADO DE ESCOLARIDAD

Por la presente solicito mi Admisión como asociado de la Cooperativa y me someto a cumplir sus Estatutos y Reglamentos.

Declaro que es mi voluntad y de acuerdo a disposiciones legales que mis aportes y el seguro correspondiente, sea entregado en caso de mi muerte, a:

Nombre	Apellidos	Doc. Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
Nombre	Apellidos	Doc. Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
Nombre	Apellidos	Doc. Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
Nombre	Apellidos	Doc. Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
Nombre	Apellidos	Doc. Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

Firma:

APROBACION	
ACTA No.	FECHA:
APROBADO <input type="checkbox"/>	APLAZADO <input type="checkbox"/>
NEGADO <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES	GERENTE GENERAL