SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FECHA A A A A M M D D

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Centro Integral de Servicios

Ingreso por: Primera Vez ☐ Reingreso ☐ Fecha de Retiro A A A A M M

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento ☐C.C. ☐T.I. ☐NIT ☐C.E.	No. de Identificación	Lugar de expedición	Fecha de expedición A A A A M M D D	GENERO F ☐ M ☐

Fecha y lugar de nacimiento A A A A M M D D	Estado civil ☐Soltero ☐Casado ☐Unión Libre ☐Viudo ☐Separado	No.Pers. a cargo

Nivel de estudios terminados ☐Primaria ☐Bachillerato ☐Técnico / Tecnológico ☐Universitario ☐Postgrado ☐Ninguno

Profesión / Oficio / Ocupación

Dirección residencia	Teléfono residencia	Ciudad residencia

E-mail	Celular	Certificado Curso Cooperativismo SI ☐ NO ☐	Fotocopia C.C. SI ☐ NO ☐

Tipo de Vivienda ☐Familiar ☐Arriendo ☐Propia Sin Hipoteca ☐Propia Con Hipoteca	Nombre del arrendador	Teléfono Arrendatario	Ciudad Arrendatario

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre y Apellidos	Tipo de Documento ☐C.C. ☐T.I. ☐NIT ☐C.E.	No. de Identificación

Lugar de expedición	Dirección comercial	Teléfono	Ciudad

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA ACTUAL

☐Empleado ☐Independiente ☐Pensionado ☐Hogar ☐Desempleado ☐Otra Cual? _____

Nombre de la empresa pagadora / negocio	Actividad económica de la empresa/negocio ☐Sector Privado ☐Sector Público ☐Agricultura Ganadería Minería ☐Otra Cual?	

Valor Ingresos ($)	Dirección empresa / negocio	Teléfono	Ciudad	Departamento

Fecha de ingreso A A A A M M D D	Cargo actual	Tipo de contrato laboral ☐Fijo ☐Indefinido ☐Acuerdo Cooperativo ☐Otro

3. REGISTRO DE PERSONAS A CARGO Y/O BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

No. Documento	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Teléfono	Designación como		
					Beneficiario	%	A cargo

Declaro bajo juramento que es mi voluntad que en caso de fallecimiento, mis ahorros tanto personales como voluntarios, aportes y demás beneficios a que tenga derecho como asociado de Corveica, sean dedicados en primer instancia a cancelar las deudas pendi

4. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Autorizo al señor pagador de _____ para que descuente de mis salarios y/o prestaciones sociales, los valores correspondientes a aportes, afiliación, y/o en general todos los que estuvieran a mi cargo.

Certifico que la información suministrada en el presente documento es veraz, que me comprometo actualizarla en caso de requerirlo, en señal de aceptación firmo en la ciudad de _____ a los (___) días del mes de _____ del año ___

Firma _____

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE CORVEICA

Valor cuota de afiliación ___ % $ _____

Ahorros Asociado ___ % $ _____

Inicio de pago o descuento de nómina A A A A M M D D

No. Acta Comité de Crédito y Servicios _____

FORMA 013