



COOPDISALUD LTDA.

Cooperativa Multiactiva de los Servidores y Pensionados de la Salud Ltda.

Res. 0849 - Marzo 5/96

NIT. 830016184-8

SOLICITUD DE AFILIACION FECHA: _____ COD. _____

INFORMACION PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

NUMERO CEDULA: _____ DE: _____ FECHA NACIMIENTO: MES _____ DIA _____ AÑO _____

ESTADO CIVIL: CASADO _____ SOLTERO _____ UNION LIBRE _____ VIUDO(A) _____ OTRO _____

DIRECCION DOMICILIO: _____

BARRIO: _____ No TEL: _____ CELULAR _____

E - MAIL _____

NOMBRE ESPOSO(A), COMPAÑERO(A): _____ No. CEDULA: _____

INFORMACION LABORAL

HOSPITAL: _____ DIRECCION: _____

TEL: _____ EXT: _____ CARGO QUE OCUPA: _____

FECHA DE INGRESO: MES _____ DIA _____ AÑO _____ TIEMPO DE SERVICIO: _____

TIPO DE CONTRATO: _____ SUELDO BASICO \$ _____

Autorizo al señor(a) Jefe de Personal y/o Técnico de Nómina descontar para aportes sociales de mi sueldo básico el _____% mensual (De conformidad al Estatuto entre el 5% y el 10% de la asignación básica mensual) con destino a COOPDISALUD LTDA.

De igual manera autorizo descontar por una sola vez la cuota de afiliación cuyo valor corresponde a un día de salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV).

BENEFICIARIOS

EN CASO DE FALLECIMIENTO DELEGO COMO BENEFICIARIOS DE MIS APORTES A:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	DOCUMENTO	DIRECCION Y TELEFONO	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Me permito solicitar me sea aprobado el ingreso como asociado a la cooperativa, comprometiéndome a cumplir con el Estatuto y reglamentos establecidos; certifico además que toda la información aquí suministrada es verídica y me responsabilizo de informar cualquier cambio que sobre ella se pueda presentar.

FIRMA Y No CEDULA

ANEXO: COPIA CEDULA
DESPRENDIBLE DE PAGO
REGISTRO CIVIL

REFERIDOS:
NOMBRES Y APELLIDOS _____ No TELEFONICO _____

PROMOTOR _____
