



# COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE LA REGISTRADURIA NACIONAL "COOPEREGINAL"

Personería Jurídica No. 224 de 1953

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN

RADICACIÓN No. \_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha \_\_\_\_\_

Solicito a ustedes afiliarme en calidad de asociado(a) a la Cooperativa de Empleados de la Registraduría Nacional "COOPEREGINAL" para lo cual acepto los Estatutos, Reglamentos y demás disposiciones legales que rigen a la Cooperativa. Así mismo autorizo los descuentos de Aportes Sociales en el porcentaje establecido en los estatutos vigentes.

### DATOS DEL SOLICITANTE

#### INFORMACIÓN PERSONAL

Apellidos y Nombres		Cédula No.	De	
Fecha y lugar de Nacimiento		Edad	Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Dirección (lugar de trabajo)		Teléfono:	Ciudad	
Dirección (lugar de residencia)		Teléfono:	Ciudad	Barrio
Entidad donde labora		Departamento	Cargo que desempeña	Antigüedad
Estrato	Sueldo Básico	Clase de Contrato		Cel.
E-mail	Otros ingresos	¿Por qué concepto?		Fecha de inicio del contrato
Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Número de hijos	Posee vivienda propia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

### ESTUDIOS PERSONALES

ESTUDIOS REALIZADOS	Primaria <input type="checkbox"/>	Bachillerato <input type="checkbox"/>	Universitarios <input type="checkbox"/>
PROFESIÓN	OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL? _____		
ESTUDIA ACTUALMENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUÉ ESTUDIOS ESTÁ REALIZANDO _____	
HA REALIZADO CURSOS DE ECONOMÍA SOLIDARIA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUÁL? _____	

### INFORMACION FINANCIERA (\$)

Ingreso Mensuales Ppal. Actividad		Total activos	
Otros ingresos (especificar)		Total pasivos	
Egresos mensuales		Total patrimonio	

### INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del cónyuge o compañero(a)		Profesión		Celular
Trabaja? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Entidad			Teléfono
Nombre del padre	Edad	Dirección	Ciudad	Teléfono y/o Celular
C.C.				
Nombre de la madre	Edad	Dirección	Ciudad	Teléfono y/o Celular
C.C.				

**Nota:**

El aporte mensual es de mínimo el 5% del sueldo o ingreso mensual, Especificar que porcentaje %

En caso de fallecimiento designo como beneficiario al reintegro de los certificados de Aportes, de los seguros y Fondo de Solidaridad a que tenga derecho como asociado a:

Apellido y Nombre	Identificación	Parentesco	Porcentaje



# COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE LA REGISTRADURIA NACIONAL "COOPEREGINAL"

Personería Jurídica No. 224 de 1953

Autorizó a \_\_\_\_\_ para descontar de mi salario y/o prestaciones legales el valor correspondiente a los aportes en forma mensual o quincenal según corresponda el valor correspondiente al 2% de un SMMLV y en forma mensual, el valor correspondiente al Fondo de Solidaridad establecido en los estatutos y reglamentos vigentes de la Cooperativa, con destino a COOPEREGINAL.

Funcionario activo

Exfuncionario

Pensionado

Independiente

Contratista

Supernumerario

## BENEFICIARIO DEL FONDO DE SOLIDARIDAD

De conformidad con el reglamento del Fondo de Solidaridad, a continuación relaciono el núcleo familiar que voluntariamente deseo proteger. (Padres menores de 70 Años, Hijos menores de 24 años y Conyugue).

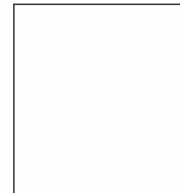
No	Nombres y apellidos	Documento de Identificación		Fecha de nacimiento	Parentesco
		Tipo	Número		
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Acepto que si dentro de esta relación existe algún BENEFICIARIO que no reúna los requisitos exigidos, no se tenga en cuenta para el pago del auxilio que se reconozca.

- CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERIDICA Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE LA VERIFIQUE.
- ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACIÓN QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE
- AUTORIZO A LA COOPERATIVA **COOPEREGINAL** PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACIÓN A LAS CENTRALES DE RIESGO.
- DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL.

En señal de aceptación de la información contenida en el presente documento firmo de conformidad.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y C.C.



### Documentos Anexos:

- Fotocopia de la Cedula
- Constancia de Ingresos (desprendible de pago, horarios ingresos y retenciones o documentos que certifiquen el ingreso mensual)