

**FORMATO SOLICITUD INGRESOS COOPINTEGRAL**

Con la presente me permito solicitar a ustedes, me sea aceptado el ingreso como asociado(a) activo(a) a COOPINTEGRAL Para tal efecto relaciono la siguiente información.

DATOS PERSONALES

Nombres		Apellidos	
C.C.	de	Estado civil	Fecha de nacimiento
Profesión		Ocupación	
Dirección de residencia			Teléfono residencia
Empresa donde trabaja		Salario \$	
Dirección de la oficina			Teléfono oficina
Correo electrónico			Celular

PERSONAS A CARGO

Nombre	Parentesco	Nombre	Parentesco

TIPO DE VINCULACIÓNIndependiente Empleado Pensionado Desempleado

Disponibilidad de tiempo para dedicarle a COOPINTEGRAL (marque con una X)

Tiempo completo Medio tiempo Horas a la semana Sin tiempo Otro _____**DATOS DEL CÓNYUGE**

Nombres		Apellidos		C.C.
Empresa donde trabaja			Dirección	
Teléfono		Extensión	Celular	
Salario \$			E-mail	

SI USTED ES PENSIONADO FAVOR DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Entidad que paga la pensión	Mesada pensional
-----------------------------	------------------

ESCOLARIDAD

Nivel de estudio (marque con una x)				
Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Técnico/Tecnológico <input type="checkbox"/>	Universidad <input type="checkbox"/>	Postgrado <input type="checkbox"/>
Título obtenido _____		Institución _____		
Especializaciones o postgrados (relacione título, institución, año de terminación).				

INGRESOS (\$)	Sueldo o mesada pensional		EGRESOS (\$)	Cuota vivienda o arriendo	
	Honorarios			Cuota descuentos Coopintegral	
	Arrendamientos			Gastos familiares	
	Otros ingresos *			Otros gastos	
	Total ingresos			Total egresos	
	* Descripción otros ingresos				

PATRIMONIO Bienes Raíces	Matrícula Inmobiliaria	Vr. Comercial (\$)	Hipoteca		Placa	Marca	Modelo	Vr. Comercial (\$)	Pignoración	
			SI	NO					SI	NO

Las cuentas corrientes y de ahorro que posee en Colombia y en el exterior son:

Entidad Financiera	Tipo de Cuenta	Número de la Cuenta	Sede de la Cuenta	Saldo de la Cuenta (a la fecha)

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre completo	Parentesco
Dirección	Teléfono
Nombre completo	Parentesco
Dirección	Teléfono

INFORMACION DE LA PERSONA QUE LO REPRESENTA ANTE COOPINTEGRAL

Nombre completo	Parentesco
Dirección	Teléfono

Cuantos años hace que lo conoce: _____

Mi aporte voluntario mensual sera de: _____

Dejo constancia que la información aquí registrada es verídica y manifiesto estar de acuerdo con las normas, reglamentos, estatutos de COOPINTEGRAL a la cual autorizo para realizar los cobros de aporte y cuotas de administración.

Fecha _____

Nombre y cédula _____

Firma _____

ESPACIO RESERVADO PARA COOPINTEGRAL

Solicitud aprobada: SI NO Fecha de aprobación: _____

Firma _____

Consejo Administración
Presidente

Observaciones _____
