



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 VINCULACIÓN

Independiente 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).				

