

COOMANOR

NIT: 891502427-9
CALLE 16 # 19-32 SEGUNDO PISO
TEL. 8283064-8281801

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FECHA: _____

SEÑORES
CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
PUERTO TEJADA CAUCA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	C.C #
-----------------	------------------	---------	---	-------

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO	VIVIENDA PROPIA S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	FECHA NACIMIENTO D M A
-----------	--------	----------	--	---------------------------

ESTUDIOS (MARQUE CON UNA X)

SECUNDARIA	TECNICO	PREGRADO	POSGRADO	TITULO OBTENIDO
------------	---------	----------	----------	-----------------

DATOS LABORALES

COLEGIO DONDE LABORA	DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO	ENTIDAD PÁGADORA
----------------------	-----------	--------	----------	------------------

FECHA DE INGRESO D M A	ESCALAFON	SUELDO BASICO	OTROS INGRESOS	PROVENIENTES DE
---------------------------	-----------	---------------	----------------	-----------------

REFERENCIAS FAMILIARES (1) Y PERSONALES (1)

NOMBRE COMPLETO	DIRECCION	TELEFONO

Al ser aceptado (a) como asociado (a) de COOMANOR declaro bajo juramento, que es mi voluntad, que en caso de mi fallecimiento, aportes, seguros y demás valores a que tenga derecho sean entregados a:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PORCENTAJE %

CON LA PRESENTE SOLICITO SE ME ADMITA COMO ASOCIADO(A) DE "COOMANOR" Y DECLARO SOMETERME A SU ESTATUTO Y REGLAMENTOS.

ATENTAMENTE

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

C.C #

ANEXAR: ULTIMO DESPRENDIBLE DE PAGO Y FOTOCOPIA DE LA CEDULA.

PARA USO DE COOMANOR

LA PRESENTE SOLICITUD FUE: APROBADA NEGADA APLAZADA POR EL

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN EN REUNION DEL DIA ____ DE _____ DE _____

ACTA N° _____

OBSERVACIONES: _____

PRESIDENTE

SECRETARIO(A)