

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN PARA ASOCIADOS NUEVOS O ACTUALIZACIÓN DE DATOS A LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO LA COMUNA.

Solicito se me acepte como asociado de LA COMUNA. Declaro que aceptaré las leyes, estatutos y normas que rigen y regirán la cooperativa de trabajo asociado, de igual forma acataré todas las decisiones y reglamentos que en desarrollo de sus actividades dicten los organismos de administración y dirección.

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL ASOCIADO

TIPO DE AFILIACIÓN Nuevo Actualización Seccional

No. Identificación Primer Apellido Segundo Apellido

Nombre Completo Sexo M H Estado Civil Fecha Nacimiento DD MM AAAA

Dirección Barrio Ciudad

Teléfono 1 Teléfono 2

Correo Electrónico 1 Correo Electrónico 2 Opcional

Celular Cargo

Anexe fotocopia de cedula (ampliada a media carta)

2. ESTUDIOS REALIZADOS

Pregrado S N Postgrado S N Especialización S N Doctorado S N Maestría S N

Títulos obtenidos

Anexe los certificados de estudios realizados.

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (en caso de fallecimiento)

Beneficiario Principal y Suplente

No. Identificación Primer Apellido Segundo Apellido

Nombre Completo Teléfono 1 Parentesco

No. Identificación Primer Apellido Segundo Apellido

Nombre Completo Teléfono 1 Parentesco

Declaro bajo juramento que es mi voluntad que en caso de mi fallecimiento, mis aportes, el auxilio funerario y demás beneficios a que tenga derecho como asociado de LA COMUNA se dediquen en primera instancia a cancelar las deudas pendientes con LA COMUNA y en caso de remanente entreguen al primer beneficiario antes anotado, y si este beneficiario no estuviere vivo a la fecha de solicitud del beneficio, deberá ser entregado al beneficiario suplente; y si tampoco estuviere vivo este segundo, la cooperativa se rija de acuerdo a lo dispuesto por la ley, siempre y cuando la solicitud que se presente ante LA COMUNA cumpla con los requisitos que la cooperativa tenga para ello, en el momento de su presentación.

4. INFORMACIÓN PARA SEGURIDAD SOCIAL

E.P.S Empresa Promotora de Salud A.F.P Administradora Fondo de Pensiones

Pensión Voluntaria Valor \$ Ahorro A.F.C Valor \$

Si es pensionado adjunte la resolución pensional.

Anexe certificado o fotocopia del carnet de la E.P.S y A.F.P.

De ser necesario incluir los beneficiarios anexe en este formulario una carta solicitando a LA COMUNA la acreditación de los beneficiarios al sistema de seguridad social en salud y a la caja de compensación, relacionando nombres completos, parentesco y la documentación necesaria para la inclusión de estos beneficiarios, para conocer los requisitos vea el documento anexo.

Firma del Asociado

Huella

LA COMUNA, se abstiene de recibir este formulario de afiliación si no posee la huella, la firma, la fotografía, campos sin diligenciar y los anexos exigidos. (IMPRESA ESTE FORMULARIO EN HOJA TAMAÑO OFICIO Y EN IMPRESORA A LÁSER O DE INYECCIÓN DE TINTA).

Espacio exclusivo para LA COMUNA y el director administrativo

TIPO DE CONVENIO Admitivo y logistica Catedrático Docente de Medio tiempo Tiempo completo

Observaciones

Firma y sello del Director Administrativo

Aprobación de LA COMUNA