



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE COMPROVENEDORES

Una fuerza que UNE y MEJORA la CALIDAD de VIDA de sus ASOCIADOS
NIT. 806.014.405-4

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

ASOCIADO No. _____

FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos:	_____	C.C. #	_____	de	_____
Lugar de Nacimiento:	_____	Día	_____	Mes	_____
Estado Civil:	Soltero _____	Casado _____	Viudo (a) _____	Unión Libre _____	Separado _____
Profesión u Oficio	_____				
Dirección del Domicilio	_____				Tel.: _____
Ciudad:	_____	Dpto.	_____	No. De Personas a cargo	_____
Nombre del Esposo (a) compañero (a)	_____				
Lugar de Nacimiento	_____	Día	_____	Mes	_____
Lugar de Trabajo:	_____	Cargo	_____	En propiedad	_____
Provisionalidad:	_____	Salario:	_____		
Nombre de personas a cargo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Lugar		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
Perteneció a MULTISCOOP anteriormente	Si ☐ No ☐	Fecha en que se desvinculó	Día	Mes	Año
			_____	_____	_____

II. INFORMACIÓN LABORAL

Entidad donde labora:	_____				
Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Cargo	Salario
	_____	_____	_____	_____	_____
En propiedad	En Provisionalidad	Dirección del Trabajo			
_____	_____	_____			
Tel.:	Dependencia	Ciudad	Dpto.	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	
JEFE INMEDIATO:	_____				TEL.: _____

III. INFORMACIÓN DE FAMILIARES ASOCIADOS

Nombre del familiar, Esposo (a), compañero (a) asociado de MULTISCOOP:	_____			
C.C.	de:	Entidad donde labora	_____	
Cargo	Tel:	Parentesco	_____	

IV. BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento delego como beneficiario de mis aportes y ahorros a:				
Nombre y Apellido	Parentesco	C.C.	%	Dirección y Teléfono
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Me permito solicitar sea aprobado mi ingreso como asociado a la Cooperativa, comprometiéndome a cumplir los estatutos y reglamentos que tienen establecidos. Certifico además que toda la información suministrada es verdadera y me responsabilizo de informar cualquier cambio que se pueda presentar.

Firma y Cédula

Afiliación Aprobada	Aplazada	En Reunión del Consejo de administración celebrada el día	mes	año
_____	_____	_____	_____	_____
Según Acta No.	Firma responsable de aprobación:			
_____	_____			

Anexo: Fotocopia de la Cédula _____ Fotocopia T.I. _____ Cédula de Extranjería _____