

CIUDAD		
FECHA		
AÑO	MES	DIA

Señores:
COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE AVIANCA
"COOPAVA"
 La Ciudad

Apreciados Señores:

Atentamente les solicito se sirvan aceptarme como asociado activo de esta Cooperativa, obligándome a aceptar y a cumplir sus estatutos y reglamentos, a la vez que autorizo a la misma entidad para que ordene a la compañía a la cual presto mis servicios como trabajador suyo el descuento de los aportes que debo suscribir y pagar, así como las demás obligaciones a mi cargo.

ASOCIADO POR:	
1a. VEZ	<input type="checkbox"/>
REINGRESO	<input type="checkbox"/>

TIPO DE CONTRATO			
FIJO	<input type="checkbox"/>	INDEFINIDO	<input type="checkbox"/>
CONVENIO DE ASOCIACION	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>

NOTA: Si usted fue antes asociado a COOPAVA, Favor indicar motivo del retiro:

Fecha de retiro	Año	Mes	Día

DATOS PERSONALES

APELLIDO (S)				NOMBRE (S)			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.				LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION	AÑO	MES	DIA
FECHA DE NACIMIENTO	AÑO	MES	DIA	SEXO	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
DIRECCION RESIDENCIA				TELEFONO			
CORREO ELECTRONICO:				CELULAR:			
ESTADO CIVIL:	SOLTERO (A) <input type="checkbox"/>	CASADO (A) <input type="checkbox"/>	UNION LIBRE <input type="checkbox"/>	SEPARADO (A) <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/>	VIUDO (A) <input type="checkbox"/>	
MUJER CABEZA DE FAMILIA ?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
NIVEL DE ESCOLARIDAD:	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	BACHILLERATO <input type="checkbox"/>	TECNICO <input type="checkbox"/>	TECNOLOGIA <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		
ESPECIALIZACION	MAESTRIA <input type="checkbox"/>	DOCTORADO <input type="checkbox"/>	POSTGRADO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>			
ESTRATO:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	

DATOS LABORALES

EMPRESA DONDE TRABAJA				EMPRESA CLIENTE				REGISTRO			
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	AÑO	MES	DIA	DEPENDENCIA							
NIVEL DE INGRESOS SMLMV:	<input type="checkbox"/> MAYOR A 0 - HASTA 1	<input type="checkbox"/> MAYOR A 1 - HASTA 2	<input type="checkbox"/> MAYOR A 2 - HASTA 3	<input type="checkbox"/> MAYOR A 3 - HASTA 4	<input type="checkbox"/> MAYOR A 4 - HASTA 6	<input type="checkbox"/> MAYOR A 6 - HASTA 8	<input type="checkbox"/> MAYOR A 8 - HASTA 11	<input type="checkbox"/> MAYOR A 11 - HASTA 17	<input type="checkbox"/> MAYOR A 17 - HASTA 24	<input type="checkbox"/> MAYOR A 24 - HASTA 48	<input type="checkbox"/> SUPERIOR A 48
CARGO QUE DESEMPEÑA								SUELDO BASICO \$			
OCUPACION:	EMPLEADO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	HOGAR <input type="checkbox"/>	CESANTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>				
JORNADA LABORAL:	TIEMPO TOTAL <input type="checkbox"/>	TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>									
DIRECCION OFICINA:								TELEFONO:			

BENEFICIARIOS

PARENTESCO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO		
		AÑO	MES	DIA
PADRE				
MADRE				
CONYUGE				
HIJOS				
HIJOS				
HIJOS				
HIJOS				
HERMANO(S)				

REFERENCIAS PERSONALES

APELLIDO (S)				NOMBRE (S)			
DIRECCION				TEL.:			CEL.:
APELLIDO (S)				NOMBRE (S)			
DIRECCION				TEL.:			CEL.:

REFERENCIAS FAMILIARES

APELLIDO (S)				NOMBRE (S)			
DIRECCION				TEL.:			CEL.:
APELLIDO (S)				NOMBRE (S)			
DIRECCION				TEL.:			CEL.:

APORTES SOCIALES

TIPO	MINIMO	MAXIMO	BASE
TRABAJADOR	3.5 %	25%	SUELDO BASICO
INDEPENDIENTE	3.5 %	100%	SMLMV
PENSIONADO	2 %	25%	PENSION
TRABAJADOR CON SALARIO INTEGRAL	2 %	25%	SALARIO INTEGRAL
TRABAJADOR ASOCIADO C.T.A. s	0.25 %	25%	SMLMV

AUTORIZACION DESCUENTO MENSUAL

\$

AUTORIZO PARA QUE ESTE VALOR SE AJUSTE ANUALMENTE EN EL VALOR DEL I.P.C.

FIRMA

CEDULA No. _____

DE: _____

CIUDAD		
FECHA		
AÑO	MES	DIA

Señores:
COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE AVIANCA
"COOPAVA"
 La Ciudad

Apreciados Señores:

Atentamente les solicito se sirvan aceptarme como asociado activo de esta Cooperativa, obligándome a aceptar y a cumplir sus estatutos y reglamentos, a la vez que autorizo a la misma entidad para que ordene a la compañía a la cual presto mis servicios como trabajador cuyo el descuento de los aportes que debo suscribir y pagar, así como las demás obligaciones a mi cargo.

ASOCIADO POR:	TIPO DE CONTRATO	NOTA: Si usted fue antes asociado a COOPAVA, Favor indicar motivo del retiro:
1a. VEZ <input type="checkbox"/>	FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/>	
REINGRESO <input type="checkbox"/>	CONVENIO DE ASOCIACION <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	Fecha de retiro Año Mes Día

DATOS PERSONALES

APELLIDO (S)				NOMBRE (S)			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.				LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION	AÑO	MES	DIA
FECHA DE NACIMIENTO	AÑO	MES	DIA	SEXO	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
DIRECCION RESIDENCIA				TELEFONO			
CORREO ELECTRONICO:				CELULAR:			
ESTADO CIVIL:	SOLTERO (A) <input type="checkbox"/>	CASADO (A) <input type="checkbox"/>	UNION LIBRE <input type="checkbox"/>	SEPARADO (A) <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/>	VIUDO (A) <input type="checkbox"/>	
MUJER CABEZA DE FAMILIA ?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
NIVEL DE ESCOLARIDAD:	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	BACHILLERATO <input type="checkbox"/>	TECNICO <input type="checkbox"/>	TECNOLOGIA <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		
ESPECIALIZACION	MAESTRIA <input type="checkbox"/>	DOCTORADO <input type="checkbox"/>	POSTGRADO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>			
ESTRATO:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	

DATOS LABORALES

EMPRESA DONDE TRABAJA	EMPRESA CLIENTE	REGISTRO									
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	AÑO	MES	DIA	DEPENDENCIA							
NIVEL DE INGRESOS SMLMV:	<input type="checkbox"/> MAYOR A 0 - HASTA 1	<input type="checkbox"/> MAYOR A 1 - HASTA 2	<input type="checkbox"/> MAYOR A 2 - HASTA 3	<input type="checkbox"/> MAYOR A 3 - HASTA 4	<input type="checkbox"/> MAYOR A 4 - HASTA 6	<input type="checkbox"/> MAYOR A 6 - HASTA 8	<input type="checkbox"/> MAYOR A 8 - HASTA 11	<input type="checkbox"/> MAYOR A 11 - HASTA 17	<input type="checkbox"/> MAYOR A 17 - HASTA 24	<input type="checkbox"/> MAYOR A 24 - HASTA 48	<input type="checkbox"/> SUPERIOR A 48
CARGO QUE DESEMPEÑA						SUELDO BASICO \$					
OCUPACION:	EMPLEADO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	HOGAR <input type="checkbox"/>	CESANTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>				
JORNADA LABORAL:	TIEMPO TOTAL <input type="checkbox"/>	TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>									
DIRECCION OFICINA:						TELEFONO:					

BENEFICIARIOS

PARENTESCO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO		
		AÑO	MES	DIA
PADRE				
MADRE				
CONYUGE				
HIJOS				
HIJOS				
HIJOS				
HIJOS				
HERMANO(S)				

REFERENCIAS PERSONALES

APELLIDO (S)				NOMBRE (S)			
DIRECCION	TEL.:			CEL.:			
APELLIDO (S)				NOMBRE (S)			
DIRECCION	TEL.:			CEL.:			

REFERENCIAS FAMILIARES

APELLIDO (S)				NOMBRE (S)			
DIRECCION	TEL.:			CEL.:			
APELLIDO (S)				NOMBRE (S)			
DIRECCION	TEL.:			CEL.:			

APORTES SOCIALES

TIPO	MINIMO	MAXIMO	BASE
TRABAJADOR	3.5 %	25%	SUELDO BASICO
INDEPENDIENTE	3.5 %	100%	SMLMV
PENSIONADO	2 %	25%	PENSION
TRABAJADOR CON SALARIO INTEGRAL	2 %	25%	SALARIO INTEGRAL
TRABAJADOR ASOCIADO C.T.A. s	0.25 %	25%	SMLMV

AUTORIZACION DESCUENTO MENSUAL

\$

AUTORIZO PARA QUE ESTE VALOR SE AJUSTE ANUALMENTE EN EL VALOR DEL I.P.C.

FIRMA

CEDULA No. _____

DE: _____