



PARA SER PARTE DE ARCAMAC, S.C. DE R.L. DE C.V. DEBE CUMPLIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

1. Llenar la solicitud de ingreso sin tachones ni enmendaduras.
2. Anexar copia de DUI ampliadas a 150%
3. De sus beneficiarios y/o padres deberá presentar en los siguientes 15 días después de ser aprobada su solicitud de ingresos, los siguientes documentos:
 - a) Copia de DUI ampliadas a 150%
 - b) Original o copia de partidas de nacimiento.

Transcurrido este tiempo ARCAMAC, no se hace responsable de actuar de forma oportuna en caso de algún siniestro.

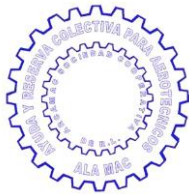
4. Una vez aprobada la solicitud por el Consejo de Administración, se cancelarán \$2.00 de papelería y la primera cuota de ACM seleccionado.
5. Si su ingreso es en calidad de contribuyente, deberá hacer un depósito equivalente al monto de 2 cuotas de ACM seleccionadas, que puede cancelar de la siguiente manera:
 - a) Un solo pago en ventanilla
 - b) En caso que solicite préstamo personal, el depósito se le descontará de este.
 - c) Descuentos por cuotas en planilla de la FAS o por medio del IPSFA, según el siguiente cuadro:

N°	MONTO A.C.T.P.	ACM (AYUDA CUOTA MENSUAL)	DEPOSITOS (2 cuotas de ACM)	PLAZO MESES (pago de Deposito)	CUOTA A DESCONTAR DEPOSITO	TOTAL A DESCONTAR EN PLANILLA (CUOTA ACM + CUOTA DEPOSITO)
1	\$16,000.00	\$27.00	\$54.00	4	\$13.50	\$40.50
2	\$12,000.00	\$26.00	\$52.00	4	\$13.00	\$39.00
3	\$6,000.00	\$19.00	\$38.00	4	\$9.50	\$28.50
4	\$4,000.00	\$17.90	\$35.80	2	\$17.90	\$35.80
5	\$3,000.00	\$17.40	\$34.80	2	\$17.40	\$34.80
6	\$2,500.00	\$16.80	\$33.60	2	\$16.80	\$33.60
7	\$2,000.00	\$16.00	\$32.00	2	\$16.00	\$32.00
8	\$1,500.00	\$14.50	\$29.00	2	\$14.50	\$29.00

Nota:

1) El depósito se reintegra cuando el contribuyente presente su renuncia por escrito y no tenga deudas con ARCAMAC, S.C. DE R.L. DE C.V.

2) Después de 60 días de haber presentado su solicitud pasar a retirar su Certificado de Ayuda Colectiva Total Protección (A.C.T.P.).



SOLICITUD DE INGRESO

ARCAMAC S.C. DE R.L. DE C.V.

Ilopango, _____ de _____ de _____.

Nuevo ingreso: _____

Reingreso: _____

Papelería pagada: _____

Forma de pago del Depósito: ventanilla ☐ préstamo personal ☐ cuotas ☐

Señores Consejo de Administración

ARCAMAC, S.C. DE R.L. DE C.V.

Presentes. -

Ruego a ustedes autorizar mi presente solicitud para ingresar a esa Sociedad Cooperativa en calidad de:

Socio accionista ☐ **Contribuyente** ☐ para lo cual efectuaré los pagos mensuales de cuotas de Ayuda Colectiva Total de Protección (A.C.T.P.) y mantenimiento del Centro Recreativo Águila.

Nombre completo: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

DUI N° _____ Edad: _____ Años _____

Dirección particular: _____

Estado civil: _____ Profesión: _____ N° Dependientes: _____

Nombre y dirección de trabajo: _____

Cargo: _____ Tiempo de labor: _____ Años, Teléfono trabajo: _____ Ext.: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Facebook: _____

Correo: _____

Nombre del padre: _____

Nombre de la madre: _____

Nombre esposo (a) o compañera (o) de vida: _____

Hijo(a): _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Hijo(a): _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Hijo(a): _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

MONTOS DE A.C.T.P.	CUOTA MENSUAL	AXS (SOCIOS Y CONTRIBUYENTES)	AXS (CONYUGUE O COMPAÑERA DE VIDA)	AXS (HIJOS MENORES DE 25 AÑOS Y DEPENDIENTES O CON INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE)	AXS (PADRES) TRANSITORIO	OPCION
\$ 16,000.00	\$ 27.00	\$ 1,200.00	\$ 800.00	\$ 400.00	\$ 600.00	
\$ 12,000.00	\$ 26.00	\$ 900.00	\$ 685.00	\$ 350.00	\$ 450.00	
\$ 6,000.00	\$ 19.00	\$ 400.00	\$ 300.00	\$ 150.00	\$ 250.00	
\$ 4,000.00	\$ 17.90	\$ 300.00	\$ 240.00	\$ 130.00	\$ 200.00	
\$ 3,000.00	\$ 17.40	\$ 275.00	\$ 200.00	\$ 125.00	\$ 175.00	
\$ 2,500.00	\$ 16.80	\$ 250.00	\$ 150.00	\$ 100.00	\$ 150.00	
\$ 2,000.00	\$ 16.00	\$ 225.00	\$ 125.00	\$ 90.00	\$ 125.00	
\$ 1,500.00	\$ 14.50	\$ 200.00	\$ 100.00	\$ 85.00	\$ 100.00	

Llenar completamente con los nombres de acuerdo al DUI o partida de nacimiento y presentar copia de DUI y/o partida de nacimiento original de cada uno de los beneficiarios, según sea el caso.

BENEFICIARIOS

Nº	NOMBRES	APELLIDOS	PARENTESCO	%
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

- **Queda entendido y convenido que, a partir de esta fecha, 30 días después surtirá efecto la cobertura para el asociado y 90 días después surtirá efecto la cobertura para los beneficiarios.**
- **En caso de siniestro por alguno los beneficiarios el asociado tendrá 30 días calendario para presentar la documentación para la Ayuda por Sepelio.**
- **Se aceptan para nuevos ingresos cuyas edades se encuentren entre los 18 y 58 años de edad con el 100% de la suma A.C.T.P. Y los ingresos de personas entre 59 y 70 años de edad con el 50% de la suma A.C.T.P.**
- **NOTA: Estos beneficios se otorgaran de acuerdo a póliza vigente.**

Autorizo a ARCAMAC, S.C. de R.L. de C.V. para que envíe el descuento de la cuota correspondiente para que me sea aplicado en la planilla de salarios. En caso de ser jubilado, retirado o particular, me comprometo a realizar los pagos respectivos de manera personal o a través de depósitos en las cuentas corrientes de Banco Cuscatlán N.º 1501-00597 o Banco Agrícola N.º 508-005329-0 y de atrasarme dos meses consecutivos quedo fuera de los beneficios que otorga esta Sociedad Cooperativa.

Firma: _____
Solicitante

Espacio reservado para Consejo de Administración: _____
