



## COOPERATIVA MIXTA SUPERCOOP LIMITADA

☐ Afiliación

☐ Actualización de  
datos

Fecha de Afiliación:

### FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE LA COOPERATIVA MIXTA "SUPERCOOP" LIMITADA

EMPRESA EN QUE LABORA :	NÚMERO DE EMPLEADO SAP:	PAÍS DE AFILIACIÓN:	MUNICIPIO DE AFILIACIÓN:

### DATOS GENERALES DEL AFILIADO COOPERATIVISTA

NOMBRE(S):		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN:		<input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>	RESIDENCIA: <input type="checkbox"/>	OTRO: <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:				NACIONALIDAD:	
GÉNERO:	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL:	CASADO <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:		RTN:		Edad:	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:					
MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:			
CELULAR:		TÉLEFONO DE TRABAJO:		EXTENSIÓN:	
CORREO ELECTRÓNICO:					
TIPO DE CONTRATO:	PERMANENTE <input type="checkbox"/>	TEMPORAL <input type="checkbox"/>	JUBILADO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	
NIVEL DE ESTUDIOS:	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	SUPERIOR <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	
EDUCACIÓN COOPERATIVA:	NINGUNA <input type="checkbox"/>	BÁSICA <input type="checkbox"/>	MEDIA <input type="checkbox"/>	AVANZADA <input type="checkbox"/>	
PROFESIÓN (ESPECIFIQUE):					

### BENEFICIARIOS DEL AFILIADO

NOMBRE COMPLETO	IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE
			TOTAL 100%

### DECLARACIÓN:

Doy fe que la información de este formulario es veráz:

Se firma la presente en la ciudad de: \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ día(s) del mes de \_\_\_\_\_ del  
año 20 \_\_\_\_\_.

Firma del Afiliado

NOTA: En caso de no saber firmar colocar su huella digital.