

 	COOTRANSESPECIALES DEL ORIENTE 900450176-2 TEL. 5844310 3143033430 314 3023047	NIT	V.0
	FORMATO DE AFILIACION		16/12/2015

CIUDAD		FECHA	
--------	--	-------	--

SEÑORES CONSEJO DE ADMINISTRACION COOTRANSESPECIALES DEL ORIENTE

Me permito solicitarles se sirvan admitirme como asociado(a) de la **COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES DEL ORIENTE "COOTRANSESPECIALES DEL ORIENTE"**, para lo cual me comprometo a cumplir los estatutos, reglamentos internos y demás disposiciones que sobre el sistema cooperativo dicte el gobierno. Para efectos legales doy a continuación los siguientes datos asegurando su veracidad bajo gravedad de juramento.

APELLIDOS							
NOMBRES							
C.C.		C.E.					
EXPEDIDA EN							
LUGAR DE NACIMIENTO		AÑO		MES		DIA	
GENERO		MUJER CABEZA DE FAMILIA		ESTRATO			
DIRECCION DE RESIDENCIA				CIUDAD			
TELEFONO FIJO			CELULAR				
E-mail							
ESTADO CIVIL			No. DE PERSONAS A CARGO				
LICENCIA CONDUCCION No.			LIBRETA MILITAR				
VALIDACION SIMIT				RUNT			

INFORMACION LABORAL

OCUPACION		PENSIONADO		OTRO	
SI ES OTRO ESPECIFIQUE POR FAVOR					
NOMBRE DE LA EMPRESA			TEL		
ESTUDIO REALIZADO			TITULO		
CARGO QUE DESEMPEÑA					
DIRECCION DE LA EMPRESA					
MUNICIPIO					
TELEFONO FIJO			CELULAR		ACTIVO
PERTENECE A OTRA COOPERATIVA		NOMBRE			

ATORIZO ENTREGA DE INFORMACION POR LOS SIGUIENTES MEDIOS
--

TELFONO FIJO	
CELULAR	
WASSAP	
CORREO ELECTRONICO	

FIRMA	
CC	
NOMBRE	
FECHA	

