



COOPSANTAMARIA

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE DEL AFILIADO: _____

NÚMERO DE CEDULA DE CIUDADANIA: _____

FECHA DE NACIMIENTO : DIA _____ MES _____ AÑO _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

- | | | | |
|-----------------|-------|--------------------|-------|
| 1. PRIMARIA | _____ | 5. UNIVERSITARIO | _____ |
| 2. BACHILLERATO | _____ | 6. ESPECIALIZACION | _____ |
| 3. TECNICO | _____ | 7. MAESTRIA | _____ |
| 4. TECNOLOGIA | _____ | | |

ESTRATO: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

INGRESOS PERSONALES MENSUALES: \$ _____

SIN INGRESOS: _____

ESTADO CIVIL:

- | | |
|----------------|-------|
| 1. SOLTERO | _____ |
| 2. CASADO | _____ |
| 3. UNION LIBRE | _____ |
| 4. SEPARADO | _____ |
| 5. DIVORCIADO | _____ |
| 6. VIUDO | _____ |

MUJER CABEZA DE FAMILIA. SI _____ NO _____

OCUPACION:

- | | |
|------------------|-------|
| 1. EMPLEADO | _____ |
| 2. INDEPENDIENTE | _____ |
| 3. PENSIONADO | _____ |
| 4. ESTUDIANTE | _____ |
| 5. HOGAR | _____ |
| 6. CESANTE | _____ |

DIRECCION: _____

TELEFONOS: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

AFILIACION 2020: \$40.000 por una sola vez

APORTE MÍNIMO MENSUAL PARA EL PERIODO 2020 \$ 114.114

OPCIONES DE PAGO

Depósito en BANCOLOMBIA cuenta corriente # 62685552107 _____

Pago PSE Página web Colegio _____

Hija, beneficiaria: _____ Curso : _____

FIRMA DEL AFILIADO: _____

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA