



PERFIL DEL ASOCIADO

Señores

Consejo de Administración CETYA DE R.L.

Presente

Estimados señores:

Atentamente, me dirijo a ustedes, para solicitarles se sirvan aceptarme como asociado de la ASOCIACION COOPERATIVA DE AHORRO, CRÉDITO Y CONSUMO DE EMPLEADOS DE TACA INTERNATIONAL AIRLINES, S.A. Y AEROMANTENIMIENTO, S.A. DE RESPONSABILIDAD LIMITADA, (CETYA DE R.L.), en caso de ser aceptada mi solicitud, me comprometo a cumplir con los estatutos de la misma. Además, autorizo a la cooperativa para que, a través de la sección de planillas, se efectúe el descuento correspondiente a la CUOTA DE INGRESO, establecido por la cooperativa, la cual será pagadera una sola vez.

DETALLE DE DEDUCCIONES MENSUALES

Cuota de Aportación (mínima \$10)	\$ _____
Cuota de Ahorro Corriente (opcional)	\$ _____
Cuota de Ahorro Simultáneo (opcional)	\$ _____
Cuota de Ahorro Colegial (opcional) a plazo (retiro en junio)	\$ _____
Cuota de Ahorro Educativo (opcional) a plazo (retiro en octubre)	\$ _____
Cuota de Ahorro Navideño (opcional) a plazo (retiro en diciembre)	\$ _____
Cuota de Ahorro a plazo 6 meses (opcional)	\$ _____
TOTAL, MENSUAL	\$ _____

DATOS PERSONALES

Código de asociado: _____ Nombre: _____

Departamento de trabajo: _____ Centro de costo: _____

Jefe Inmediato: _____ Extensión: _____

Empresa: TACA AE PILOTASA TTS OTRO: _____ Salario: \$ _____

Estatus empresa: Permanente Temporal Estatus en cooperativa: Nuevo Reingreso

Ext. Trabajo: _____ Fecha de ingreso a empresa: ____/____/____ sexo: F M

Dirección particular: _____

Tipo de domicilio: Propio Alq. Teléfono de domicilio: _____ celular: _____

Email empresa: _____ Profesión u oficio: _____

Email personal _____ Estado civil: _____

Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ NIT: _____

Documento de identidad No: _____ Lugar de emisión: _____

Fecha de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

DATOS BANCARIOS Banco: _____ Número de cuenta: _____ Tipo ahorro corriente

CONTINÚA ATRÁS

Cooperativismo: "Es el esfuerzo de un conjunto de personas para el bienestar común."

DATOS FAMILIARES

Nombre de los padres: _____

Nombre del cónyuge: _____

Nombre de hijos: _____

En caso de emergencia llamar a: _____ Tel.: _____

BENEFICIARIOS DE APORTACIONES

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nac.	Teléfono	porcentaje
_____	_____	____/____/____	_____	____%
_____	_____	____/____/____	_____	____%
_____	_____	____/____/____	_____	____%
_____	_____	____/____/____	_____	____%

BENEFICIARIOS DE AHORROS

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nac.	Teléfono	porcentaje
_____	_____	____/____/____	_____	____%
_____	_____	____/____/____	_____	____%
_____	_____	____/____/____	_____	____%
_____	_____	____/____/____	_____	____%

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____ Firma del empleado: _____

Para uso exclusivo de la cooperativa, no escriba en este espacio.

CONSEJO DE ADMINISTRACION

Fecha de aprobación de solicitud ____/____/____

Presidente

Secretario

Procesado por: _____ F: _____ Fecha: ____/____/____