



**COOPERATIVA DE EMPLEADOS HOSPITAL DE SAN JOSE LTDA**

Nit: 860.031.632-8

Personería Jurídica N° 1996 De 23 De Septiembre De 1971

Oficina Principal Calle 16 N° 4 -25 Oficina 401 | Tel: 3368193

[coopempleadoshsj@gmail.com](mailto:coopempleadoshsj@gmail.com)

Bogotá D.C. DD MM AA

Señores:

**CONCEJO DE ADMINISTRACIÓN**

Cooperativa de Empleados Hospital de San José

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) como aparece en el cuadro anexo, me permito solicitar mi admisión como asociado (a) a esta cooperativa, para tal efecto me comprometo a cumplir con los estatutos vigentes y a acogerme a las normas que en el futuro rijan para el buen funcionamiento de la misma.

Autorizo se realice un descuento mensual por nómina de \$ \_\_\_\_\_ por concepto de aportes.

**Nota: Los aportes deben ser mínimo el 5% del salario.**

**Anexo:** Fotocopia de la cédula al 150% y último desprendible de nómina.

Nombres y apellidos completos:	
Fecha de Nacimiento:	
Número de cédula:	
Fecha de Expedición de la cédula:	
Lugar de Expedición de la cédula:	
Indicar si es cabeza de familia:	
Estado Civil:	
Nivel de escolaridad:	
Dirección de Residencia:	
Barrio:	
Estrato:	
Fecha de Vinculación con el HSJ:	
Tipo de Contrato:	
Área de Trabajo:	
Extensión:	
Número de Celular:	
Correo electrónico donde quiera recibir notificaciones:	
E.P.S:	
A.R.L:	
Fondo de Pensiones y cesantías:	
Tipo de vivienda:	

<b>NOMBRE BENEFICIARIO</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>NUMERO DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>% A BENEFICIAR</b>

\_\_\_\_\_  
**Firma Asociado**

\_\_\_\_\_  
**Funcionario Cooperativa quien recibe**

Fecha de Radicación de Solicitud: DD MM AA