



Señores
Consejo de Administración CETYA DE R.L.
Presente

HOJA DE PERFIL DEL ASOCIADO

Estimados señores:

Atentamente, me dirijo a ustedes, para solicitarles se sirvan aceptarme como asociado de la ASOCIACIÓN COOPERATIVA DE AHORRO, CRÉDITO, CONSUMO, COMERCIALIZACIÓN Y SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL 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 Plan Ahorro CETYA 6 meses (opcional)	\$ _____
Cuota de Plan Ahorro CETYA 12 meses (opcional)	\$ _____
Cuota de Ahorro Educativo (opcional)	\$ _____
Cuota de Ahorro Navideño (opcional)	\$ _____
TOTAL, MENSUAL	\$ _____

DATOS PERSONALES

Código de asociado: _____ Sexo: M F Beneficiario Final de cuenta: SI NO

Nombre según DUI: _____

Dirección particular: _____

Tipo de domicilio: Propio Alquiler Teléfono de domicilio: _____ Teléfono celular: _____

Actividad económica principal: _____ Profesión u oficio: _____

Email personal: _____ Estado civil: _____

Nacionalidad: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Documento de identidad No: _____ Lugar de emisión: _____

Fecha de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre del cónyuge: _____

Lugar de trabajo: _____ Cargo: _____ Tiempo laborar: _____

REFERENCIAS PERSONALES Y/O ASOCIADOS A LA COOPERATIVA

Nombre Completo: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre Completo: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

DATOS LABORALES

Lugar de trabajo: _____ Departamento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ Ext. _____
Jefe inmediato: _____ Email empresa: _____ Centro de Costo: _____
Cargo: _____ Salario: \$ _____ Fecha ingreso a la empresa: ___/___/___
Ingresos adicionales al salario: \$ _____ Procedencia: _____
Total, de ingresos mensuales: \$ _____ Total de egresos mensuales: \$ _____
Estatus empresa: Permanente Temporal Estatus en cooperativa: Nuevo Reingreso
DATOS BANCARIOS: Banco: _____ Número de cuenta: _____
Tipo Ahorro Corriente En caso de emergencia llamar a: _____
_____ Parentesco: _____ 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: ___/___/___