

## RENOVACIÓN DE CARNÉ

FECHA DE SOLICITUD: DIA  MES  AÑO

N° CARNÉ: \_\_\_\_\_

ASOCIADO: DOCENTE  ADMINISTRATIVO  PENSIONADO  OTRO

RECIBO N°: \_\_\_\_\_

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ASOCIADO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE DOCUMENTO		DOCUMENTO IDENTIDAD		LUGAR DE EXPEDICIÓN		INSTITUCIÓN EDUCATIVA O EMPRESA	
cc. <input type="checkbox"/>	T.I <input type="checkbox"/>	c.E <input type="checkbox"/>					
ESTADO CIVIL ACTUAL				OCUPACIÓN		MUNICIPIO	
SOLTERO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	EMPLEADO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	HOGAR <input type="checkbox"/>		
CASADO <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	IDEPENDI <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	CESANTE <input type="checkbox"/>		

### 2. BENEFICIARIOS

Beneficiarios: Se consideran beneficiarios del asociado y que estén inscritos en el registro social ante la Cooperativa, los siguientes:

#### ASOCIADO CASADO O EN UNIÓN MARITAL DE HECHO:

1. El conyugue o compañero permanente según el caso.
2. Los hijos que dependen económicamente del asociado hasta cumplir la mayoría de edad o incluso hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando estén cursando estudios.
3. Los hijos de cualquier edad con limitación física o cognitiva, debidamente acreditada.
4. Padres del asociado

#### ASOCIADO SOLTERO:

1. Los hijos que dependan económicamente del asociado hasta cumplir la mayoría de edad o incluso hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando estén cursando estudios.
2. Los hijos de cualquier edad con limitación física o cognitiva, debidamente certificado.
3. Los padres del asociado.
4. Para los asociados que no cuenten con las condiciones de beneficiarios relacionados con sociedad conyugal disuelta, podrán inscribir a tres (3) personas como beneficiarios.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	N° IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	TRABAJA	NIVEL ACADÉMICO
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

FIRMA DE RECIBIDO DEL ASOCIADO: \_\_\_\_\_

FECHA RECIBIDO:

FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE \_\_\_\_\_