



**COOPERATIVA DE CREDITO DE PROFESORES UNIVERSITARIOS  
COUNIVERSITARIOS**

**SOLICITUD DE REINGRESO COMO ASOCIADO/A**

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido del Solicitante \_\_\_\_\_  
Dirección permanente \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Fecha de retiro de la Cooperativa \_\_\_\_\_ Por qué? \_\_\_\_\_  
Profesión \_\_\_\_\_ Fecha en que se pensionó \_\_\_\_\_  
Fondo de Pensiones \_\_\_\_\_  
Fecha de Ingreso a la Universidad \_\_\_\_\_ Escuela donde labora \_\_\_\_\_  
Cargo Actual \_\_\_\_\_ Años de Servicio en la Universidad \_\_\_\_\_  
Salario o pensión Actual \_\_\_\_\_  
Afiliado a (Cooperativas): \_\_\_\_\_

Ha recibido educación cooperativa? **SI** **NO**

En caso afirmativo, diga qué cursos, duración, fecha y entidad que los dictó (Adjuntar Fotocopia)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Por qué desea Usted reingresar a Couniversitarios:

En caso de fallecimiento, deseo que los Aportes, Ahorros y demás beneficios económicos a mi favor, sean entregados así:

BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

En caso de que sea admitido, me comprometo a cumplir los Estatutos y Reglamentos de COUNIVERSITARIOS.

Firma \_\_\_\_\_  
C.C. No. \_\_\_\_\_

Recibida por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Vo.Bo. COMITÉ DE EDUCACION \_\_\_\_\_

Estudiada por el CONSEJO DE ADMINISTRACION Fecha \_\_\_\_\_ Acta \_\_\_\_\_

**ACEPTADA** **NEGADA** **APLAZADA**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_