



## SOLICITUD DE INGRESO

Señor Presidente del Consejo de Administración de la Cooperativa de Crédito y Servicios Sociales "SUESAR Ltda."  
El/La que suscribe:.....solicita ser admitido/a  
como asociado/a de esa Cooperativa, comprometiéndose a cumplir con las disposiciones de los Estatutos y Reglamentos vigentes,  
suscribiéndose con 700 Cuotas Sociales equivalentes al 1.5% del haber mensual de un cabo de Ejército Argentino en actividad.

➤ **DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE:**

APELLIDO Y NOMBRES:.....DNI – LE – LC:.....  
DOMICILIO:.....Nro:.....PISO:.....DPTO:.....  
BARRIO:.....CODIGO POSTAL:.....LOCALIDAD:.....  
PROVINCIA:.....Nro TELEFONO:(.....).....FECHA NAC:...../...../.....  
LUGAR DE NACIMIENTO:.....NACIONALIDAD:.....SEXO:.....  
CUIL:.....E-MAIL:.....

❖ **SITUACIÓN:** ACTIVIDAD - RETIRADO - PENSIONADA (Tachar lo que no corresponda)

➤ **OFICIO / PROFESION:** .....

➤ **DATOS PROFESIONALES:**

• **PARA PERSONAL DE EJERCITO:** (En Actividad o Retiro)

Nro DE ORDEN UNICO:.....Nro IAF:.....Nro IOSE:.....COD.DESTINO.....  
GRADO:.....Nro CUENTA BANCO :.....Otros datos:.....  
VOLUMEN DE INGRESO :.....

• **PARA PERSONAL DE FUERZA AEREA:** (En Actividad o Retiro)

Nro IAF:.....Nro DIBPFA:.....COD. DESTINO:.....GRADO:.....  
Otros datos:.....VOLUMEN DE INGRESO :.....

• **PARA PERSONAL DE ARMADA:** (En Actividad o Retiro)

Nro DIBA:.....COD.DESTINO:.....GRADO:.....Nro MATRICULA:.....  
Nro CUENTA BANCO:.....Otros datos:.....VOLUMEN DE INGRESO :.....

• **PARA PERSONAL DE GENDARMERIA:** (En Actividad o Retiro)

CÓDIGO ESTADÍSTICO:.....CÓDIGO DESTINO:.....GRADO:.....  
Nro IOSE:.....Nro CUENTA BANCO :.....Otros datos:.....  
VOLUMEN DE INGRESO :.....

➤ **DATOS FAMILIARES:**

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A - CASADO/A - VIUDA/O – DIVORCIADO/A (Tachar lo que no corresponda)

• **PARA ASOCIADO SOLTERO/A:** ( Completar si viven los padres)

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE:.....DNI – LE – LC:.....  
APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE:.....DNI – LE – LC:.....  
DOMICILIO:.....BARRIO:.....COD.POSTAL:.....  
LOCALIDAD:.....PROVINCIA:.....Nro TELEFONO:(.....)

• **PARA ASOCIADA VIUDA:**

APELLIDO Y NOMBRE DEL CÓNYUGE FALLECIDO:.....FECHA FALLEC:...../...../.....  
N° ASOCIADO: .....

• **PARA ASOCIADO CASADO/A – DIVORCIADO/A:**

APELLIDO Y NOMBRE DEL CÓNYUGE:.....DNI – LE – LC:.....

➤ DOMICILIO:.....Nro:.....PISO:.....DPTO:.....  
BARRIO:.....CODIGO POSTAL:.....LOCALIDAD:.....  
PROVINCIA:.....FECHA NAC:...../...../.....Nro TELEFONO:(.....)

(\*) CANT.HIJOS:.....Otros datos de interés:.....

1. APELLIDO Y NOMBRE:.....DNI – LE – LC:.....EST.CIVIL:.....  
FECHA NAC:...../...../.....Es discapacitado: SI – NO - Otros datos:.....
2. APELLIDO Y NOMBRE:.....DNI – LE – LC:.....EST.CIVIL:.....  
FECHA NAC:...../...../.....Es discapacitado: SI – NO - Otros datos:.....
3. APELLIDO Y NOMBRE:.....DNI – LE – LC:.....EST.CIVIL:.....  
FECHA NAC:...../...../.....Es discapacitado: SI – NO - Otros datos:.....
4. APELLIDO Y NOMBRE:.....DNI – LE – LC:.....EST.CIVIL:.....  
FECHA NAC:...../...../.....Es discapacitado: SI – NO - Otros datos:.....
5. APELLIDO Y NOMBRE:.....DNI – LE – LC:.....EST.CIVIL:.....  
FECHA NAC:...../...../.....Es discapacitado: SI – NO - Otros datos:.....
6. APELLIDO Y NOMBRE:.....DNI – LE – LC:.....EST.CIVIL:.....  
FECHA NAC:...../...../.....Es discapacitado: SI – NO - Otros datos:.....
7. APELLIDO Y NOMBRE:.....DNI – LE – LC:.....EST.CIVIL:.....  
FECHA NAC:...../...../.....Es discapacitado: SI – NO - Otros datos:.....
8. APELLIDO Y NOMBRE:.....DNI – LE – LC:.....EST.CIVIL:.....  
FECHA NAC:...../...../.....Es discapacitado: SI – NO - Otros datos:.....

- ❖ **ADJUNTAR 2 FOTOGRAFIAS 4 X 4 \* CERTIFICADO SALUD (Pensionadas y Retirados)**
- ❖ **FOTOCOPIA 2 (dos) ULTIMOS RECIBOS DE HABERES**
- ❖ **FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD (1 Y 2 HOJA)**
- ❖ **FOTOCOPIA DE UN SERVICIO O IMPUESTO**
- ❖ **COMPROBANTE DE CBU**
- ❖ **COMPROBANTE DE CUIL**



**AUTORIZACIÓN Y DECLARACION JURADA DE CONOCIMIENTO LEY 25.246**

AUTORIZO a la Cooperativa de Crédito y Servicios Sociales "SUESAR Ltda", a descontar de mis haberes por intermedio de la Institución pertinente, la cuota de Integración de Capital Social que corresponda de acuerdo con las disposiciones de los Estatutos y Reglamentos vigentes y/o la de Préstamos u otros Servicios, tal como fuere concertado por el suscripto con la misma; absteniéndome de inhibir o efectuar orden de no pagar a todo cargo que me efectúe la Cooperativa ante los Entes respectivos. Así mismo tomo conocimiento de lo estipulado en la Ley 25.246 relacionado con delitos de lavado de activos y de financiación del terrorismo, debiendo informar el origen de integración de capital y/o saldo anticipado de préstamos.

APELLIDO Y NOMBRES:.....  
 DNI – LE – LC:..... GRADO:..... **FIRMA**

➤ **DECLARACIÓN JURADA PARA EL REINTEGRO DE CAPITAL SOCIAL INTEGRADO Y EL PAGO DEL FONDO DE AYUDA ECONOMICA Y EMERGENCIA MÉDICA (FAEEM).**

- **DECLARO COMO BENEFICIARIOS DE MI CAPITAL SOCIAL INTEGRADO** A LA/S PERSONAS QUE A CONTINUACIÓN DETALLO:
  - o APELLIDO Y NOMBRES:.....DNI – LE – LC:.....  
 DOMICILIO:.....Nro:.....BARRIO:.....COD POSTAL:.....  
 LOCALIDAD:..... PROVINCIA:..... PARENTESCO:.....
  - o APELLIDO Y NOMBRES:.....DNI – LE – LC:.....  
 DOMICILIO:.....Nro:.....BARRIO:.....COD POSTAL:.....  
 LOCALIDAD:..... PROVINCIA:..... PARENTESCO:.....
  - o APELLIDO Y NOMBRES:.....DNI – LE – LC:.....  
 DOMICILIO:.....Nro:.....BARRIO:.....COD POSTAL:.....  
 LOCALIDAD:..... PROVINCIA:..... PARENTESCO:.....
  - o **NOTA:**.....

- **DECLARO COMO DESTINATARIOS DE LOS BENEFICIOS QUE ESTABLECEN LAS NORMAS QUE RIGEN EL FONDO DE AYUDA ECONOMICA Y EMERGENCIA MEDICA (FAEEM)** A LAS PERSONAS QUE ACONTINUACION SE DETALLAN:
  - o APELLIDO Y NOMBRES:.....DNI – LE – LC:.....  
 DOMICILIO:.....Nro:.....BARRIO:.....  
 CODIGO POSTAL:.....LOCALIDAD:..... PROVINCIA:.....
  - o APELLIDO Y NOMBRES:.....DNI – LE – LC:.....  
 DOMICILIO:.....Nro:.....BARRIO:.....  
 CODIGO POSTAL:.....LOCALIDAD:..... PROVINCIA:.....
  - o APELLIDO Y NOMBRES:.....DNI – LE – LC:.....  
 DOMICILIO:.....Nro:.....BARRIO:.....  
 CODIGO POSTAL:.....LOCALIDAD:..... PROVINCIA:.....
  - o **NOTA:**.....

DECLARACION JURADA: DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS ANTERIORMENTE SON FIDEDIGNOS, AUTORIZANDO A QUE SE INCORPOREN A LA BASE DE DATOS DE LA COOPERATIVA. LOS MISMOS ESTAN DESTINADOS A LA IDENTIFICACION DEL CLIENTE/ASOCIADO, SIENDO DE NATURALEZA CONFIDENCIAL. ADEMÁS ME COMPROMETO A ACTUALIZARLOS ANTE CUALQUIER VARIACION DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS POSTERIORES DE OCURRIDA.

Córdoba,..... de ..... de 20... **FIRMA SOLICITANTE:** .....  
**ACLARACIÓN FIRMA:** .....

➤ **PRESENTADO POR:**

.....  
**FIRMA – ACLARACIÓN**

.....  
**FIRMA - ACLARACIÓN**

➤ **DATOS INSTITUCIONALES:**

FUE ASOCIADO ANTERIORMENTE: SI – NO \* FECHA DE BAJA:...../...../.....CAUSA DE BAJA:.....  
 .....OTROS DATOS:.....

➤ **DATOS ECONOMICOS:**

- SUELDO SEGÚN RECIBO DE HABERES: \$.....
- CAPACIDAD SEGÚN CERTIFICADO AFECTACIÓN HABERES: \$ .....
- OTROS: .....

➤ **RESOLUCIÓN CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:**

APROBADO - RECHAZADO \* SEGÚN ACTA N° ..... DE FECHA:...../...../20.....

.....  
**SECRETARIO**

.....  
**PRESIDENTE**

**“DECLARACION JURADA SOBRE LA CONDICION DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE”**

EL/la (1) que suscribe, .....(2) declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI/NO (1) se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la “Nomina de Personas Expuestas Políticamente” aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: .....Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

Documento: Tipo (3).....Nro.....  
País y Autoridad de Emisión: .....  
Carácter invocado (4): .....  
CUIT / CUIL / CDI (1) N°: .....

Lugar y Fecha: ..... Firma: .....

Certifico / Certificamos que la firma que antecede concuerda con la registrada en nuestros libros / fue puesta en mi / nuestra presencia (1).

Firma y sello del Sujeto Obligado o de los funcionarios del Sujetos Obligados autorizados.

Observaciones:

.....  
.....

(1) Tachar lo que no corresponda. (2) Integrar con el nombre y Apellido del Cliente/Asociado, aun cuando en su presentación firme un apoderado. (3) Indicar DNI, LE o LC para argentinos nativos. Para extranjeros: DNI extranjeros, Carné internacional, Pasaporte, Certificado provisorio, Documento de identidad del respectivo país, según corresponda.

(4) Indicar titular, representante legal, apoderado. Cuando se trate de apoderado, el poder otorgado debe ser amplio y general y estar vigente a la fecha en que se suscriba la presente declaración.

Nota: Esta declaración deberá ser integrada por duplicado, el que intervenido por el sujeto obligado servirá como constancia de recepción de la presente declaración para el cliente/Asociado. Esta declaración podrá ser integrada en los legajos o cualquier otro formulario que utilicen habitualmente los Sujetos Obligados para vincularse con sus clientes/Asociados.