

Aporte No Reembolsable (.....) Fecha...../...../.....

Formulario:	F-OP-AF-01
Versión:	19
Mes:	Febrero
Año:	2026

Tipo de Exoneración:.....

Firma:.....

SOLICITUD DE INGRESO

SEÑOR/A *..... de..... de.....
PRESIDENTE/A DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
CAJA MUTUAL DE COOPERATIVISTAS DEL PARAGUAY **AFILIADO** [][][][][]
Presente:

Solicito me admita como Afiliado a la Caja Mutual de Cooperativistas del Paraguay, declarando que conozco sus Estatutos, Reglamentos y las Resoluciones del Consejo que Ud. preside, comprometiéndome a pagar puntualmente mi contribución mensual obligatoria, sin que fuere necesaria interpelación alguna.
Declaro que conozco y acepto las cláusulas y condiciones del Fondo de Solidaridad y del Beneficio por internación en Unidad de Terapia Intensiva. De conformidad a lo establecido en la Ley 6534/2020, autorizo suficientemente y otorgo mandato suficiente a la Caja Mutual para obtener información sobre mi persona, de cualquier persona o entidad que almacena, procesa y difunda este tipo de información.
Acepto que mis Aportes o Fondos de Capitalización individual se afecten por los resultados positivos o negativos que genere el ejercicio, conforme a los Estatutos Sociales.

*** NO SE ADMITIRÁN FORMULARIOS QUE CONTENGAN ENMIENDAS, BORRONES, TACHADURAS
Los campos que contienen * son obligatorios**

DATOS PERSONALES

* APELLIDOS:		* NOMBRES:		
* Cédula de Identidad N°:	RUC:	* Fecha de Nacimiento:	Edad:	* Nacionalidad:
* Sexo:	* Estado Civil:	Separación de bienes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
* Domicilio Particular:		* Barrio:	* Ciudad:	
Teléf. Part. (1):		Teléf. Part. (2):		* Email:

DATOS LABORALES

* Profesión:	* Cargo/Ocupación:	* Empresa o Comercio:
* Dirección Laboral:	* Barrio:	* Ciudad:
* Teléfono Laboral:	Email Laboral:	

DATOS DE LA COOPERATIVA/ASOCIACIÓN/PARENTESCO

* Socio de la Cooperativa/Asociación/Parentesco	Socio N°:
---	-----------

*** DATOS CONYUGE**

APELLIDOS:		NOMBRES:		Cédula de Identidad N°:
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	Profesión:	Teléf. Celular:	
Empresa:	Dirección Laboral:	Ciudad:	Teléf.:	

CUADRO DE INGRESOS Y EGRESOS

* INGRESOS	IMPORTE	* EGRESOS	IMPORTE
Sueldo		Servicios Básicos	
Honorarios Profesionales		Cuotas Casas Comerciales	
Ingreso Cónyuge		Cuotas Bancos / Financieras	
Renta o Alquiler		Cuotas Cooperativas	
Otros (Especificar)		Tarjetas de Créditos	
		Alquiler	
		Gastos Familiares	
		Otros (Especificar)	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS	

ACTIVOS

TIPO DE BIEN: Inmuebles

Finca N°	Distrito	Valor Actual	Hipotecado Si	No
----------	----------	--------------	---------------	----

TIPO DE BIEN: Rodados

Marca:	Año:	Valor Actual:	Prendado: Si	No
--------	------	---------------	--------------	----

TIPO DE BIEN: Otros Activos (Valor Aproximado)

Mercaderías:	Muebles y Equipos de Oficina:	Equipos Informáticos:
Acciones:	Otros (Especificar):	

TIPO DE BIEN: Cuentas Bancarias

Entidad:	Tipo de Cuenta:	N° Cuenta Corriente:	N° Caja de Ahorro:
Observación:			

OBLIGATORIEDAD DE IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO CONFORME A LA RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA SEPRELAD, que aprueba el Reglamento de Prevención del Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo de la Ley N° 1.015/97. "Que previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes" y sus modificatorias.

Declaro bajo fé de juramento que los fondos de todas las operaciones y transacciones que efectuare con la Caja Mutual de Cooperativistas del Paraguay durante mi vinculación con la misma, son y serán de origen lícito.

DECLARACIÓN JURADA DE PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEP'S)

A) USTED O ALGÚN FAMILIAR DIRECTO SUYO; DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO CARGO PÚBLICO DE RELEVANCIA EN EL TERRITORIO NACIONAL O EXTRANJERO?

SI NO País: [] Entidad: [] Cargo: []
Nombre y Apellido del familiar: [] Parentesco: [] Periodo: []

B) ¿ES USTED UN/A SOCIO/A, ACCIONISTA, ASOCIADO/A, ADMINISTRADOR/A, REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO/A O MANDATARIO/A CON PODER DE DISPOSICIÓN, DE UNA PERSONA O ENTE JURÍDICO DONDE UNA PERSONA QUE OCUPE O HAYA OCUPADO UN CARGO PÚBLICO RELEVANTE TENGA EL 10% O MÁS DE CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN?

SI NO

Denominación de la Persona o Ente Jurídico	Nro. de Doc./RUC	% de Participación	Nombre y Apellido del Accionista	Nro. de Doc. del Accionista

CUADRO DE BENEFICIARIOS SOLIDARIDAD POR FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD PERMANENTE

* Nombres y Apellidos	* Cédula de Identidad N°:	Fecha de Nacimiento			%
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					

CUADRO DE REPRESENTANTES PARA GESTION Y COBRO DE RENTA DIARIA POR INTERNACION EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

* Nombres y Apellidos	* Cédula de Identidad N°:	Fecha de Nacimiento			%
1-					
2-					

*** DECLARACION JURADA DE SALUD**

Declaro bajo fe de juramento que:

Cuento con diagnóstico médico de:

Citar:

No cuento con diagnóstico médico de enfermedades, discapacidades, patologías a la fecha.

¿Cómo llego a la Caja Mutual? Referencias Amigos/Parientes Redes Sociales Radio
 Revistas/Folletos Televisión Mi Cooperativa Mi Oficial

DECLARACIÓN DEL APOORTE MENSUAL OBLIGATORIO

Aporte Inicial G.: Aporte Comprometido G.:

Son guaraníes: Son guaraníes:

Aporte con incremento anual del %

Recomendado según edad G.: Son guaraníes:

IMPORTANTE:

Expreso conocer y aceptar, que en caso de que el aporte comprometido precedentemente se encuentre por debajo del mínimo recomendado, según mi edad y tabla, mi Plan de Jubilación puede llegar a no ser lo recomendado. Asimismo, que me encuentro asesorado sobre la posibilidad de realizar aportes extraordinarios o de ajustar mis aportes en cualquier momento. Así también reconozco la importancia de realizar incrementos anuales en mis aportes a modo de mejorar mi jubilación en el tiempo.

- Acuso el recibo de los Estatutos Sociales de "La Caja Mutual de Cooperativistas del Paraguay", la Ley de Mutualismo, Reglamento UTI y Solidaridad en formato digital.

Firma: FV Aclaración de Firma: C.I. N°:	Prop. N°: Nombres y Apellidos: C.I.N°: Firma Proponente
--	---

Oficial	Jefe - Subgerente

CONTACTENOS

