

# C.O.P.S. 1

CORPORACIÓN ORGANIZADA DE POLICÍAS Y SEGURIDAD



## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE SALARIO POR CONCEPTO DE CUOTA

SOCIO #

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_

a descontar de mi salario la cantidad al lado indicada con una X por concepto de cuotas a pagarse a C.O.P.S. Corporación Organizada de Policías y Seguridad, agrupación organizada para promover el progreso social, económico y el bienestar general de los servidores públicos acogidos a la misma de acuerdo con las disposiciones de la:

Ley Núm. 134 de 1960  Ley Núm. 139 de 1961

Policía Estatal y Agencias Estatales

Policía Municipal y Municipios

De renunciar a la Corporación Organizada de Policías y Seguridad, C.O.P.S., no podré reclamar ninguno de los beneficios que dicha organización provee aunque se haya solicitado antes de darse baja.\*

### INFORMACIÓN DEL SOCIO PRINCIPAL

Núm. Seguro Social    -   -

Fecha de Nacimiento

Dirección Postal:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Puesto que Ocupa: \_\_\_\_\_

Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_

Tel Res. \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SOCIO PARTICIPANTE

Búscanos [www.facebook.com/copsorg](http://www.facebook.com/copsorg) dale like

Fecha de Nacimiento

Socio Participante #1	<input type="text"/>				
	Mes	Día	Año		
Socio Participante #2	<input type="text"/>				
	Mes	Día	Año		
Socio Participante #3	<input type="text"/>				
	Mes	Día	Año		

Relación con el Socio

Seguro Social Participante #1

Relación con el Socio

Seguro Social Participante #2

Relación con el Socio

Seguro Social Participante #3

### LECTURA DE CERTIFICO, FIRMA DEL SOCIO PRINCIPAL Y LA FECHA DE INGRESO

Por la presente certifico que yo y mis socios participantes, a la fecha de la firma del presente documento así como a nuestro ingreso en la Corporación Organizada de Policías y Seguridad (C.O.P.S.), no tenemos asunto de naturaleza criminal, civil u otros análogos pendientes a dilucidar. Relevo expresamente a C.O.P.S de proveer servicios y/o beneficios sobre cualquier asunto ocurrido antes de mi ingreso en dicha organización hasta mi renuncia o ausencia de pago de cuotas.\*

Nos reservamos el Derecho de Admisión\* C.O.P.S. se reserva el derecho a negarme cualquiera de los servicios, si no cumpla con lo establecido en el reglamento. Los servicios y beneficios que se me ofrecerán serán exclusivamente de los que se disponen en el Libro de C.O.P.S.\*

**COPS SE RESERVA EL DERECHO DE PRESTAR CUALQUIER SERVICIO O BENEFICIO, SI SE DETERMINA QUE EXISTEN RAZONES APREMIAENTES O NECESARIAS PARA ELLÓ.**

**\*\*Certifico que mi ingreso a C.O.P.S es efectivo al día de hoy\*\***

De no tener las cuotas al día, acepto que COPS me cobre la totalidad de los servicios que le sean facturados, en el periodo en que esté desprovisto de cuotas.

NOTAS:

Firma del Socio Principal\*

Fecha \*\*

Urb. Alturas de Flamboyán  
Calle 2, Esq. Ave. Nte. Nelson Martínez L-32  
Bayamón, PR 00959

PO Box 1649  
Bayamón, PR 00960-1649

Tel. (787) 780-0435 / 798-3353 / 798-3368 / 780-0434  
Libre de Cargos (787) 449-9600 Fax 251-5470  
Internet: [www.cops1.org](http://www.cops1.org) / Email: [info@cops.org](mailto:info@cops.org)

Reclutador



GOBIERNO DE PUERTO RICO

**POLICIA**

PPR-152  
Rev. 1-2012

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aa)

**A: Director**  
División de Nómina  
Policía de Puerto Rico

\_\_\_\_\_  
Nombre de Empleado o Funcionario

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA DESCONTINUAR EL PAGO DE CUOTA DE MEMBRESÍA A LAS AGRUPACIONES O ASOCIACIONES QUE REPRESENTAN A LOS EMPLEADOS DE LA POLICIA DE PUERTO RICO**

Solicito se descontinúe el descuento que se efectúa por concepto del pago de cuota y ahorro como miembro afiliado a \_\_\_\_\_, por la cantidad de \$\_\_\_\_\_ quincenales de mi cheque de salario.  
Agrupación o Asociación

En la actualidad me encuentro laborando en \_\_\_\_\_ de la Región de \_\_\_\_\_.  
Unidad de trabajo

\_\_\_\_\_  
Firma Empleado - placa

\_\_\_\_\_  
Dirección 1

\_\_\_\_\_  
Dirección - 2

\_\_\_\_\_  
Teléfono



**SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN DEL REPRESENTANTE SINDICAL**

Yo, \_\_\_\_\_, funcionario o empleado de  
Nombre del empleado en letra de molde

\_\_\_\_\_ y miembro de \_\_\_\_\_ en mi  
Nombre de la entidad gubernamental Nombre del representante sindical

taller de trabajo, solicito la desafiliación de mi representante sindical de manera

inmediata. Reconozco que debo autorizar expresamente, mediante el formulario oficial,

el cobro de cualquier cargo por servicio para beneficio del representante exclusivo.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este documento deberá ser entregado en la Oficina de Recursos Humanos de la entidad. Se recomienda al empleado entregar copia de esta notificación al representante sindical.

\* Este documento tiene el propósito de cumplir con lo resuelto por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en *Janus v. American Federation of State, County, and Municipal Employees*, 585 U.S. \_\_\_\_ (2018).

\*\* Copia de esta hoja de desafiliación debidamente cumplimentada por el empleado deberá incluirse en el expediente de personal.

\*\*\* No se podrán cometer actos de represalia contra la persona que elija desafiliarse del representante sindical. Cualquier acto de represalia será prontamente investigado de conformidad con la ley.

# **\*\*Cancelación de Cuota\*\***

Fecha: \_\_\_\_\_

**A: DIVISIÓN DE NOMINAS Y/O RECURSOS HUMANOS  
AGENCIA GUBERNAMENTAL O MUNICIPIO**

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio, presento con  
(Nombre)  
carácter inmediato e irrevocable mi renuncia como miembro de la organización indicada.

Le estoy comunicando a la División de Nóminas de \_\_\_\_\_  
(Agencia gubernamental o Municipio)  
que no autorizo se continúe con el descuento de cuotas, si he cumplido con el año  
estipulado en la Ley aplicable (Ley 134 del 1960 o Ley 139 del 1961).

- |                                                                                                         |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> F.U.P.O. (FRENTE UNIDO DE POLICÍAS ORGANIZADOS)                                | <input type="checkbox"/> SINDICATO DE GUARDIAS MUNICIPALES                |
| <input type="checkbox"/> C.O.N.A.P.O.L. (CONCILIO NACIONAL DE LA POLICIA)                               | <input type="checkbox"/> F.P.P. (FEDERACION PUERTORRIQUEÑA DE LA POLICIA) |
| <input type="checkbox"/> FEDERACION BONAFIDE GUARDIAS MUNICIPALES                                       | <input type="checkbox"/> A.P.O. (ASOCIACIÓN POLICÍAS ORGANIZADOS)         |
| <input type="checkbox"/> P.O.L.I.S. (POLICÍAS ORGANIZADOS LUCHANDO POR INTERESES SOCIALES) ANTES O.P.A. | <input type="checkbox"/> F.O.C. (FEDERACION OFICIALES DE CUSTODIA)        |
| <input type="checkbox"/> CUERPO ORGANIZADO                                                              | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> ORGANIZACIÓN ANTERIOR (NO RECUERDO)                                            | <input type="checkbox"/> A.M.P. (ASOCIACION MIEMBROS DE LA POLICIA)       |

Cordialmente,

X \_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Núm. Placa

\_\_\_\_\_  
Seguro Social

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORIGINAL- DIVISION DE NOMINAS  
COPIA- ORGANIZACIÓN INGRESO  
COPIA- ORGANIZACIÓN BAJA



# Reglas Básicas para el uso de Asistencia en Carretera

# SOCIO \_\_\_\_\_



- **El socio principal tiene hasta 3 autos para registrar (NO TIENEN QUE ESTAR A NOMBRE DEL SOCIO).**
- **Socio participante tiene hasta 2 autos para registrar.**
- **Socio principal y socio participante pueden registrar los mismos autos.**
- **Si el auto no está registrado al momento del solicitador el servicio, no se le brindará el servicio.**
- **Debe tener su cuota al día.**

## PROCESO DE REGISTRO

- **Los socios deben comunicarse a nuestra oficina o con algún director para realizar algún cambio de los autos y de esta forma mantener sus registros actualizados.**
- **Cualquier cambio de auto requiere un tiempo de espera de 48 horas, para que el auto recién registrado pueda estar activo para los servicios.**

## PARA SOLICITAR EL SERVICIO

- **El socio debe estar con el auto al momento del servicio.**
- **Si el socio desea tener un servicio privado de asistencia en carretera, primero debe de comunicarse a nuestra oficina, para solicitar un futuro reembolso.**

## RESTRICCIONES

- **No se cubren remolques desde el hogar.**
- **La avería deberá ocurrir mientras se hace uso del auto.**
- **Los servicios no son acumulativos ni transferibles.**
- **El servicio cubre solamente al cónyuge del socio principal, no aplica a otros familiares.**
- **No aplica a vehículos oficiales del gobierno, ni a vehículos comerciales.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PERSONAL ADMINISTRATIVO O DIRECTOR

**RECUERDE QUE UN SERVICIO EQUIVALE A REMOLQUE, CERRAJERIA, JUMPEO DE BATERIA,  
CAMBIO DE GOMA Y SUPLIDO DE GASOLINA**



# C.O.P.S.

CORPORACION ORGANIZADAS DE POLICIAS Y SEGURIDAD

# REGISTRO DE VEHICULOS

ASISTENCIA EN CARRETERA C.O.P.S.

NOMBRE DEL SOCIO

SOCIO #

NOMBRE CONYUGE O PAREAJA

COPS REGULAR

COPS PREMIUM

Tipo de socio:

Principal

Participante

### NOTA IMPORTANTE

Al registrar otro vehículo se requiere un periodo de espera de 48 horas para utilizar el Servicio de dicho vehículo. Es importante que mantengan actualizados sus vehículos.

**SOCIO PRINCIPAL 3 VEHICULOS Este servicio no es transferible.**

-  1
-  2
-  3

MARCA	MODELO	COLOR	AÑO	TABLILLA

**SOCIO PARTICIPANTE 1 (3 VEHICULOS) #** \_\_\_\_\_

-  1
-  2
-  3


**SOCIO PARTICIPANTE 2 (3 VEHICULOS) #** \_\_\_\_\_

-  1
-  2
-  3


**SOCIO PARTICIPANTE 3 (3 VEHICULOS) #** \_\_\_\_\_

-  1
-  2
-  3


\_\_ SOCIO INDICA QUE SOLO TIENE 1 VEHICULO

\_\_ SOCIO INDICA QUE SOLO TIENE 2 VEHICULOS

\_\_ SOCIO INDICA QUE SOLO TIENE 3 VEHICULOS

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE SOCIO

\_\_\_\_\_  
DIRECTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
PERSONAL ADMINISTRATIVO

\_\_\_\_\_  
FECHA



# C.O.P.S.

CORPORACION ORGANIZADA DE POLICIAS Y SEGURIDAD

¡Nuestro placer es servirte!  
[www.cops1.org](http://www.cops1.org)

## DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

FECHA ACTUAL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes		Dia		Año					

### INFORMACIÓN DEL SOCIO:

Nombre: \_\_\_\_\_

# Socio: \_\_\_\_\_

Yo, el socio identificado arriba, por la presente designo al beneficiario o beneficiarios mencionados más adelante, para recibir los pagos por defunción que correspondan en mi caso.

### INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS *(Vea Ejemplos abajo)*

Nombre Completo	Dirección	Relación	Fecha de Nacimiento	Por Ciento del Beneficio

Por la presente dispongo que si alguno de los beneficiarios designados en este formulario no me sobrevive, y no hubiese yo designado un beneficiario eventual o radicado una nueva Designación, el beneficio que corresponde al beneficiario fenecido se pagará en la proporción designada entre los demás beneficiarios.

En San Juan, Puerto Rico a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Socio

\_\_\_\_\_  
Fecha

### INSTRUCCIONES

- La radicación de este formulario, debidamente complementado, tendrá el efecto de cancelar cualquier Designación anterior.
- Asegúrese que al llenar el formulario usted menciona a **TODAS** las personas que desea designar como beneficiarios y que las proporciones indicadas sumen 100%.

#### EJEMPLOS DE DESIGNACIONES

##### PARA DESIGNAR UN BENEFICIARIO

San Sebastián Rivera	Calle San Juan, PR	Esposa	01/01/1945	100%
----------------------	--------------------	--------	------------	------

##### PARA DESIGNAR MAS DE UN BENEFICIARIO

San Sebastián Rivera	Calle San Juan, PR	Esposa	01/01/1945	50%
Juan Vidal Pérez	12 Calle O. San Juan, PR	Hijo	12/08/1978	25%
San López Rivera	25 Calle Per. San Juan, PR	Hijo	03/05/1970	25%

##### PARA DESIGNAR UN BENEFICIARIO EVENTUAL

Juan Rodríguez	Calle Caguas, F. 251 Calle A. Caguas, PR	Hijo	05/05/1980	50%
Juan Rodríguez	Calle Caguas, F. 251 Calle A. Caguas, PR	Hijo	12/15/1985	50%
San Sebastián Rivera	10 Calle San Juan, PR	Esposa	01/01/1945	50%



**C.O.P.S.**  
CORPORACION ORGANIZADA DE POLICIAS Y SEGURIDAD

*¡Nuestro placer  
es servirte!*

[www.cops1.org](http://www.cops1.org)

# CERTIFICO

Yo, \_\_\_\_\_, con Seg. Soc. Núm.    -   -

Certifico que tanto yo como mis Socios Participantes no tenemos casos criminales o civiles anteriores a la fecha de ingreso a C.O.P.S. y que no he sido convicto (a) por Delito Grave o Menos Grave, por un Tribunal con jurisdicción y competencia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el Tribunal para el Distrito Federal de Puerto Rico y/o cualquier otro Tribunal bajo la jurisdicción de los Estados Unidos y relevamos a la Corporación Organizada de Policías y Seguridad de cualquier responsabilidad, dígame asistencia de abogados, pagos de suspensión de empleo y sueldo y situaciones o hechos ocurridos antes de dicha fecha.

Que firmo la presente voluntariamente a fin de que podamos utilizar los beneficios que brinda la Corporación Organizada de Policías y Seguridad desde la fecha de mi ingreso hasta que voluntariamente presente mi renuncia luego del año requerido por Ley o mis cuotas no se encuentren al día.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma Nuevo(a) Socio(a)

-   -      
Mes Día Año

Fecha de Ingreso