

SOLICITUD DE AFILIACION DE ASOCIADO

ASOCIACION COOPERATIVA DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA MICROCREDITOS,
ASISTENCIA TECNICA, ASESORIA Y CONSULTORIA EN CIENCIA, TECNOLOGIA, CAPITAL
HUMANO, INNOVACION, AHORRO, CREDITO Y COMERCIALIZACION PARA EL DESARROLLO,
DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
"Co-innovación de R.L."

I.- DATOS PERSONALES

Nombre Completo:

Fecha de Nacimiento:

Profesión:

Domicilio (Municipio y Departamento):

Nacionalidad:

Numero de Documento Único de Identidad:

Número de Identificación Tributaria:

Dirección de Correspondencia:

.

Número de Teléfonos:

Correo Electrónico:



II.- DATOS PROFESIONALES

Títulos Académicos:

Rama de Especialización dentro de su Profesión:

Tiempo de Experiencia: años

III.- REFERENCIAS PROFESIONALES

1.- Nombre
Teléfono

2.- Nombre
Teléfono

3.- Nombre
Teléfono

IV.- REFERENCIAS PERSONALES

1.- Nombre
Teléfono

2.- Nombre
Teléfono

3.- Nombre
Teléfono

V.- REFERENCIAS DE SOCIOS AFILIADOS EN Co-innovación de R.L.

1.- Nombre
Teléfono

2.- Nombre
Teléfono



VI.- DECLARACIONES

1.- Esta usted dispuesto a cancelar mensualmente todas las aportaciones a la Cooperativa:

SI NO

2.- Esta usted dispuesto a cancelar el aporte de ingreso de la Cooperativa:

SI NO

3.- Esta usted dispuesto a participar de forma activa en la Cooperativa, compareciendo a todas en sus Asambleas Generales de Socios, Consejos y cualquier actividad que se desarrolle: SI NO

VII.- VARIOS

- Adjuntar Hoja de Vida actualizada
- Adjuntar Fotocopia de DUI Y NIT (Cara y Reverso)

VIII.- COMENTARIOS

Declaro bajo juramento que todas los datos contenidos en la presente solicitud son ciertos y veraces, y reflejan mi voluntad, en caso de ser falsos me sujeto a las leyes vigentes pertinentes de la República de El Salvador que sean aplicables.

San Salvador, del mes de de dos mil .

Firma:

FAVOR ENTREGAR A UN ASOCIADO CONOCIDO O ENVIARLO A esuarezm@hotmail.com



CO - INNOVACIÓN de R.L.

1ra. Calle Pte. 4742, Co. Escalón, San Salvador, El Salvador. C.A. 2556-4405