



**COOPERATIVA DE SERVICIOS MULTIPLES
ECOPORK, R.L.**

**SOLICITUD DE INGRESO/CONOZCA A SU AFILIADO
PERSONA NATURAL**

N° de Asociado _____ Tipo de Asociado: Asociado Ahorrista

¿Cómo se intereso en nuestra cooperativa?

Familiar Recomendado /Otros: _____

PERFIL DEL AFILIADO										
*¿Es usted ciudadano estadounidense o tiene doble nacionalidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										
Nacionalidad _____										
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido Patero			Apellido Materno		Apellido de Casada	
Cédula o Pasaporte (si es extranjero)		N° Seguro Social		N° de Dependientes			Tipo de Sangre			
				Hijos	Otros	Relación:				
Fecha de Nacimiento		Sexo:		Estado Civil					Lugar de Nacimiento (Hospital)	
Día	Mes	Año	M <input type="radio"/>	F <input type="radio"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Unido <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>
Provincia		Distrito		Corregimiento			Calle		Avenida	
Sector		Barriada		Nombre del Edificio y N° de Piso			N° de Casa/Apartamento			
Punto de Referencia		Tiempo de Residir		Teléfono de Casa			Teléfono Celular		Teléfono (vecino)	
E-mail personal		Nivel de Estudio		Bachiller <input type="checkbox"/>		Licenciatura <input type="checkbox"/>		Post-Grado/Maestria <input type="checkbox"/>		Doctorado <input type="checkbox"/>
Nombre de pariente cercano que no viva con usted:		Dirección:					Teléfono			
INFORMACIÓN LABORAL										
Señale si es:				Nombre completo del lugar de trabajo			Cargo que ejerce			
<input type="checkbox"/> Asalariado				Dirección de la empresa (Calle, Avenida, otros)						
<input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante/Univ.										
<input type="checkbox"/> Independiente. <input type="checkbox"/> Dependiente										
Fecha de ingreso		Años de Servicio		Teléfono de Oficina		Ext.	Fax	Apto. Posta		
Actividad principal de la empresa o si es independiente favor detallar						Email laboral		Salario Mensual		
Ministerio				Planilla	N° empleado	Estado laboral				
						Permanente <input type="checkbox"/>	Eventual <input type="checkbox"/>	Interino <input type="checkbox"/>		
Turnos				Actividad Económica			Otros ingresos			
Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/>										
Nombre de la empresa anterior (si el tiempo de empleo es menor de 2 años)						Dirección		Teléfono:		



COOPERATIVA DE SERVICIOS MULTIPLES
ECOPORK, R.L.

PEP(PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS)

Es usted de alguna persona elegida a puesto público por elección popular y/o miembro de algún grupo político y^o o miembro de algún Órgano del Estado, como firmante, Director, Dignatario, Rep. Legal, Rep. De Corregimiento, Diputados de circuito, Ministros de Estado, Asesores entre otros.

SI

NO

Si su respuesta es afirmativa favor especifique el cargo desempeñado, institución y periodo:

INFORMACION DEL CONYUGUE

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada
Cédula o Pasaporte (si es extranjero)	o N° de seguro social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Teléfono	Lugar de Trabajo	Relación
Nombre	Teléfono	Lugar de Trabajo	Relación
Nombre	Teléfono	Lugar de Trabajo	Relación

DECLARACIÓN DE OTROS INGRESOS

Tipo de actividad económica	Fuente de origen de los recursos	Ingreso mensual promedio
-----------------------------	----------------------------------	--------------------------

DECLARACIÓN JURADA

cualesquier responsabilidad por la información que he suministrado. Quedo personal, expresa y totalmente obligado a responder en el ámbito civil, administrativo y/o penal por las consecuencias legales que surjan por esta información.

FIRMA DEL SOLICITANTE

N° DE CÉDULA O PASAPORTE

PARA USO DE LA COOPERATIVA

Preparado: _____

Verificado: _____

Cargo: _____

Cargo: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Aprobado: _____

Refrendado: _____

Cargo: _____

Cargo: _____

Fecha: _____

Fecha: _____