



SOLICITUD DE AFILIACIÓN
ASOCIACIÓN COOPERATIVA DE AHORRO, CRÉDITO Y SERVICIOS MÚLTIPLES DE INGENIEROS CIVILES Y
PROFESIONES AFINES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

81 Av. Norte, entre 5a y 7a Calle Poniente, N.º 11, Colonia Escalón, San Salvador. Tel. 2263-3908

TIPO DE INGRESO

<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Reingreso		
<input type="checkbox"/> Vínculo Familiar	<input type="checkbox"/> Actualización		
En caso de ingresar mediante vínculo familiar, completar la siguiente información:			
No. Asociado	Nombre Completo	Firma	Parentesco

DATOS PERSONALES

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Tercer Nombre:		
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:		
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____	Lugar de Nacimiento			
No. Documento Identidad: _____	No. Acreditación MVDU:	No Afiliación ASIA:		
Género:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino		
¿Por qué medio se dio cuenta de la Cooperativa?	<input type="checkbox"/> Eventos	<input type="checkbox"/> Página Web	<input type="checkbox"/> Referidos	<input type="checkbox"/> Familiares
<input type="checkbox"/> Redes Sociales, Especifique la red social donde nos vió:				
¿Cuál es la red social que más utiliza?	1. Máximo Uso:			
	2. Moderado Uso:			
	3. Poco Uso:			
TIPO DE DOCUMENTOS PERSONALES Y ESTATUS MIGRATORIO EN CASO DE EXTRANJEROS				
<input type="checkbox"/> DUI.	<input type="checkbox"/> Pasaporte. No. _____	<input type="checkbox"/> Carne de Residente. No. _____	<input type="checkbox"/> Permiso Temporal. No. _____	
<input type="checkbox"/> Nacionalizado.	Otro: (especifique)			

ESTADO FAMILIAR Y DATOS DE CÓNYUGE

<input type="checkbox"/> Casado (a):	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a):	<input type="checkbox"/> Viudo (a):	<input type="checkbox"/> Unión Libre:
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Tercer Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Apellido de Casada:	Conocida (o) por:		Profesión u Oficio:	
N.º Teléfono:	Ingresos: \$:	Fuente de Ingreso:		



SOLICITUD DE AFILIACIÓN
ASOCIACIÓN COOPERATIVA DE AHORRO, CRÉDITO Y SERVICIOS MÚLTIPLES DE INGENIEROS CIVILES Y
PROFESIONES AFINES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

81 Av. Norte, entre 5a y 7a Calle Poniente, N.º 11, Colonia Escalón, San Salvador. Tel. 2263-3908

DOMICILIO PARTICULAR DEL ASOCIADO

Colonia / Residencial:		Calle / Avenida:		Pasaje / Senda:	
Block / Lote / número de casa:		Municipio:		Dpto.:	
Correo electrónico:			N.º Teléfono Casa:		Número de Celular:
<input type="checkbox"/> Propia.	<input type="checkbox"/> Alquilada	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Financiada	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique)	
Nombre de contacto en caso de emergencia o sol. de información:			Número de Celular:		

LUGAR Y DIRECCIÓN DE TRABAJO DEL ASOCIADO

Nombre empresa/negocio:		Giro o actividad comercial:		Sector:	
<input type="checkbox"/> Empleado Privado	<input type="checkbox"/> Empleado de Gob.	<input type="checkbox"/> Profesional Independiente	<input type="checkbox"/> Propietario	<input type="checkbox"/> Accionista	
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Pensionado	<input type="checkbox"/> Ama de Casa	<input type="checkbox"/> Rep. Legal	<input type="checkbox"/> Otro	
Dirección:		Municipio:		Dpto.:	
Website:		Email:		No. Teléfono:	
Jefe Inmediato:		Cargo:		Área/Dpto.:	
En caso de ser propietario de la empresa o negocio: NIT _____ NRC _____.					
Años laborando:		<input type="checkbox"/> Declara IVA		<input type="checkbox"/> Declara Renta	

PERFIL PROFESIONAL Y FUENTE DE INGRESOS

Profesión/Oficio:		Especialidad:		Años de experiencia: _____	
<input type="checkbox"/> Servicios profesionales.	<input type="checkbox"/> Remesas familiares.	<input type="checkbox"/> Salario.	<input type="checkbox"/> Alquileres.		
<input type="checkbox"/> Pensión.	<input type="checkbox"/> Otros (Especifique)				
Estimado mensual de ingresos (Incluye salarios + otro tipo de ingresos): \$					



SOLICITUD DE AFILIACIÓN
ASOCIACIÓN COOPERATIVA DE AHORRO, CRÉDITO Y SERVICIOS MÚLTIPLES DE INGENIEROS CIVILES Y
PROFESIONES AFINES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

81 Av. Norte, entre 5a y 7a Calle Poniente, N.º 11, Colonia Escalón, San Salvador. Tel. 2263-3908

PROPÓSITO DE LA CUENTA		
<input type="checkbox"/> Adquirir productos financieros	<input type="checkbox"/> Acceso a Seguros	<input type="checkbox"/> Otros
REFERENCIAS FAMILIARES		
Nombre Completo	Parentesco	No. Teléfono
Dirección:		
Nombre Completo	Parentesco	No. Teléfono
Dirección:		
Nombre Completo	Parentesco	No. Teléfono
Dirección:		
Nombre Completo	Parentesco	No. Teléfono
Dirección:		
Nombre Completo	Parentesco	No. Teléfono
Dirección:		
REFERENCIAS PERSONALES		
Nombre Completo	No. Teléfono	
Dirección:		
Nombre Completo	No. Teléfono	
Dirección:		
Nombre Completo	No. Teléfono	
Dirección:		



SOLICITUD DE AFILIACIÓN
ASOCIACIÓN COOPERATIVA DE AHORRO, CRÉDITO Y SERVICIOS MÚLTIPLES DE INGENIEROS CIVILES Y PROFESIONES AFINES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

81 Av. Norte, entre 5a y 7a Calle Poniente, N.º 11, Colonia Escalón, San Salvador. Tel. 2263-3908

BENEFICIARIOS

Parentesco	Nombre Completo	Porcentaje (%)	No. Teléfono

ASOCIADO (S) QUE LO RECOMIENDAN

Código	Nombre Completo	Firma	Parentesco

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE. (ART. 24 NORMA NRP-08)

Ejerce actualmente o ha ejercido en los últimos cinco años, algún cargo de jefatura o de Dirección en alguna Dependencia Gubernamental: Si ___ No ___. En caso afirmativo, favor completar lo siguiente:

Institución: _____ Fecha de Ingreso: ___/___/___ Fecha de Salida: ___/___/___ Ingreso Salarial: _____
 Jefe Inmediato: _____ Cargo: _____

Ya sea que, ejerza actualmente o haya dejado de ejercer algún cargo público durante los últimos cinco años, favor completar lo siguiente:

a) Es accionista de alguna empresa con un porcentaje de participación igual o mayor al 10%? Si ___ No ___. En caso afirmativo, completar lo siguiente:

Nombre empresa: _____ Porcentaje: _____ Giro comercial: _____

b) Tiene parentesco con algún funcionario de gobierno, en primer y/o segundo grado de consanguinidad o afinidad? Si ___ No _____. **En caso afirmativo, favor completar el formulario adjunto.**



SOLICITUD DE AFILIACIÓN
ASOCIACIÓN COOPERATIVA DE AHORRO, CRÉDITO Y SERVICIOS MÚLTIPLES DE INGENIEROS CIVILES Y
PROFESIONES AFINES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

81 Av. Norte, entre 5a y 7a Calle Poniente, N.º 11, Colonia Escalón, San Salvador. Tel. 2263-3908

USO EXCLUSIVO DE ACOINCI DE R.L.

Nº de Acta de Aprobación: _____ Punto Nº: _____ Fecha: ___/___/___

F. Presidente: _____ F. Secretario: _____ N° Asociado: _____

Gestionado por: _____ F. Inicio: ___/___/___ F. Final: ___/___/___

San Salvador, ___ de _____ de 202__

Firma Solicitante

Por medio de la presente confirmo mi deseo de pertenecer a la Cooperativa, comprometiéndose a cumplir y aceptar lo dispuesto en la Ley de Asociaciones y su Reglamento, así como, los Estatutos de ACOINCI de R.L.



FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE

Asociación Cooperativa de Ahorro, Crédito y Servicios Múltiples de Ingenieros Civiles y Profesionales Afines de Responsabilidad Limitada

El presente formulario ha sido elaborado en cumplimiento al artículo 10 de la ley contra el lavado de dinero y de activos; así como, a los artículos 20 y 21 de la Norma de Gestión de Riesgos de Lavado de Dinero. Por tanto, es de obligatorio cumplimiento completar todas sus partes y presentar la documentación que justifique adecuadamente la actividad económica y procedencia de fondos, tales como informes financieros, contable, tributaria y otros que la Cooperativa considere necesario.

Nombre Cliente / Representante Legal:			
ACTIVIDAD ECONÓMICA			
<input type="checkbox"/> Servicios agropecuarios (Agro servicios)	<input type="checkbox"/> Industria Hotelera	<input type="checkbox"/> Agencias de Viaje.	<input type="checkbox"/> Transferencias de dinero.
<input type="checkbox"/> Exp/Imp de Productos e Insumos Agropecuarios	<input type="checkbox"/> Casino/Casas de Juegos	<input type="checkbox"/> Bienes Raíces.	<input type="checkbox"/> Empresas y servicios de construcción.
<input type="checkbox"/> Exportación e Importación de Vehículos nuevos o usados.	<input type="checkbox"/> Transportes aéreo, terrestre y marítimo,	<input type="checkbox"/> Prestamistas.	<input type="checkbox"/> Otros.
<input type="checkbox"/> Agencias Privadas de Seguridad.	<input type="checkbox"/> Comercio Metales y piedras preciosas.	<input type="checkbox"/> Agencia de envío de encomiendas.	
En caso de otros, favor especificar:			
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA			



DECLARACIÓN JURADA

LITERAL B) DEL ARTÍCULO 12 DEL INSTRUCTIVO DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FINANCIERA PARA LA PREVENCIÓN DE LAVADO DE DINERO Y DE ACTIVOS

Yo, _____, con documento de identidad tipo _____ número _____, actuando en mi calidad de titular, representante legal o apoderado de _____ y en cumplimiento a las disposiciones legales y normativas en materia de gestión de lavado de dinero, financiamiento al terrorismo y financiación y proliferación de armas de destrucción masiva, declaro bajo juramento que:

1. Los fondos depositados en la (s) cuenta (s), ya sea en calidad de ahorro, pago de aportaciones y cuotas de crédito, provienen de fuentes lícitas.
2. La (s) cuenta (s) será (n) para uso exclusivo de necesidades personales o negocio. En caso de utilizarla (s) para administrar fondos de terceros o para un fin distinto al declarado, me comprometo a informar y entregar voluntaria y oportunamente toda la información que involucre las operaciones realizadas.
3. Ni mi persona y ninguno de mis representados y/o socios comerciales, figura (n) en listas o noticias locales e internacionales relacionadas con acciones impropias y actos ilícitos vinculados con el lavado de dinero, financiamiento al terrorismo y financiación y proliferación de armas de destrucción masiva.
4. Mi situación financiera actual queda conformada de la siguiente manera:

INGRESOS Y EGRESOS MENSUALES		ACTIVIDAD MENSUAL ESPERADA	
Ingresos Mensuales	\$ _____	No. de transacciones mensuales:	# _____
Otros ingresos	\$ _____	Estimado de Depósitos de Ahorros:	\$ _____
Total	\$ _____ +	Estimado de Retiro de Ahorros:	\$ _____
Gastos Mensuales	\$ _____	Estimado de Depósitos en Aportaciones:	\$ _____
Otros gastos	\$ _____	Estimado a administrar en Depósito a Plazo Fijo:	\$ _____
Total	\$ _____ -	En caso que realice pago de Préstamos(estimado):	\$ _____
Total disponible	\$ _____ =	Monto anticipado en pago de Prestamos:	\$ _____

5. En caso efectuar pagos a créditos que excedan sustancialmente el valor de la cuota pactada, me comprometo a entregar la información y/o documentación que justifique razonablemente la procedencia de los fondos pagados en exceso, en especial cuando se trate de pagos efectuados con dinero en efectivo.
6. Cuando los depósitos estimados superen el monto declarado en forma mensual, me comprometo a entregar la información y/o documentación que justifique razonablemente la procedencia de dichos fondos.

San Salvador, ____ de _____ de 20____.

Firma, cliente y/ o Representante