



ASOCIACION COOPERATIVA DE AHORRO, CREDITO, CONSUMO Y SERVICIOS
MULTIPLES DE OFICIALES, FAMILIARES, RETIRADOS, ACTIVOS
MILITARES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

ACOFRAM, DE R.L SOLICITUD DE NUEVO INGRESO

CÓDIGO DE ASOCIADO: _____

San Salvador, _____ / _____ / 2026

Señores:

ACOFRAM, DE R.L.

Presente.

Sirva la presente para confirmarles mi deseo de pertenecer a la Cooperativa, comprometiéndome a cumplir a aceptar lo dispuesto en la Ley de Asociaciones y su Reglamento, así como los Estatutos de ACOFRAM, DE R.L. Para tal fin, a continuación, proporciono los siguientes datos:

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO (A)			
NOMBRE COMPLETO SEGÚN DUI:			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN U OFICIO
N° DE DUI:	LUGAR Y FECHA DE EXP.	FECHA DE VENCIMIENTO	
DIRECCIÓN DE SU DOMICILIO:			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		DISTRITO
CORREO ELÉCTRONICO:			
PENSIONADO O DE ALTA EN:	GRADO MILITAR	N° DE AFILIACIÓN IPSFA	
N° TELEFONO FIJO	N° DE CELULAR	N° DE TEL. EMPRESA	
NOMBRE DE EMPRESA PARA LA QUE LABORA:			
NOMBRE DEL CONYUGUE SEGÚN DUI:			
PROFESIÓN U OFICIO	N° DE DUI:	N° DE CELULAR	
DIRECCIÓN DEL CONYUGUE:			
SI USTED INGRESA REFERIDO POR UN FAMILIAR U ASOCIADO POR FAVOR COMPLETAR LO SIGUIENTE:			
NOMBRE DEL ASOCIADO(A) QUE LO REFIERE:	PARENTESCO	N° DE CONTACTO	
RECIBÍ INFORMACIÓN POR MEDIO DEL COMITÉ DE EDUCACIÓN?	SI		NO

REFERENCIA PERSONAL		
NOMBRE COMPLETO SEGÚN DUI:	PARENTESCO	N° DE TELEFONO
DIRECCIÓN		

REFERENCIA FAMILIAR		
NOMBRE COMPLETO SEGÚN DUI:	PARENTESCO	N° DE TELEFONO
DIRECCIÓN		

BENEFICIARIOS DEL ASOCIADO (A)			
N°	NOMBRE COMPLETO SEGÚN DUI O PARTIDA DE NAC.	PARENTESCO	%
1			
2			
3			
4			

F. _____

SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE ACOFRAM, DE R.L.	
Aprobado en Acta No: _____ Punto No: _____ de fecha: _____ / _____ / _____	
F: _____ Presidente del Consejo de Administración ACOFRAM de R.L F: _____ Secretario (a) del Consejo de Administración ACOFRAM de R.L	

ACOFRAM DE R. L

23 Calle poniente Y 21Av. Norte, Casa N° 1206, Col. Layco, San Salvador.

 +503 6070-0691 y 2225-4095, E-Mail: info.asociado@acofram.com



ASOCIACION COOPERATIVA DE AHORRO, CREDITO, CONSUMO Y SERVICIOS
MÚLTIPLES DE OFICIALES, FAMILIARES, RETIRADOS, ACTIVOS
MILITARES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

ACOFRAM, DE R.L

FORMULARIO CONOZCA A SU ASOCIADO

CÓDIGO DE ASOCIADO: _____

San Salvador, _____ / _____ / 2026

ESTIMADO ASOCIADO: Favor no dejar espacios en blanco. En los casos en que no aplique indíquese N/A. La información proporcionada en este formulario será de uso estrictamente confidencial.

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO (A)			
NOMBRE COMPLETO SEGÚN DUI:			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN U OFICIO
N° DE DUI:	LUGAR Y FECHA DE EXP.	FECHA DE VENCIMIENTO	
DIRECCIÓN DE SU DOMICILIO:			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		DISTRITO
CORREO ELÉCTRONICO:			
PENSIONADO O DE ALTA EN:	GRADO MILITAR	N° DE AFILIACIÓN IPSFA	
N° TELEFONO FIJO	N° DE CELULAR	PASAPORTE O TARJETA	
ORIGEN DE SUS FONDOS E INGRESOS:			
NOMBRE DEL CONYUGUE SEGÚN DUI:			

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DEL ASOCIADO		
N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO
1		
2		
3		

ACTIVIDAD ECONOMICA A LA QUE SE DEDICA		
NOMBRE DE LA EMPRESA PARA LA QUE LABORA:		
Nombre de la empresa para la que labora (Empresa Privada), giro tarjeta de contribuyente, matrícula de comercio, copia de últimos estados financieros, copia de última declaración de impuesto sobre la renta e IVA (si aplica).		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		N° DE TELEFONO
DIRECCIÓN		
TIEMPO DE LABORAR EN LA EMPRESA PRIVADA:		
CARGO PUBLICO DESEMPEÑADO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS (SI APLICA)		
NIVEL DE EGRESOS	\$	\$
PROPÓSITO POR LO QUE DESEA APERTURAR UNA CUENTA EN ACOFRAM de R.L		

REFERENCIAS PERSONALES DE ASOCIADOS A LA COOPERATIVA O COMERCIALES		
N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO
1		
2		
3		
4		

NOMBRE Y APELLIDOS DE SUS BENEFICIARIOS		
N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO
1		
2		
3		

F. _____
FIRMA DE ASOCIADO