



SOLICITUD DE INGRESO COMO SOCIO BENEFICIARIO
PERSONA NATURAL

FECHA DE SOLICITUD:

1 DATOS DE LA PERSONA

RIF	APELLIDOS	NOMBRES
CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL

2 DATOS DEL CÓNYUGE

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	CÉDULA DE IDENTIDAD	TELÉFONO CELULAR
-------------------------	---------------------	------------------

3 DATOS DE UBICACIÓN

<input type="checkbox"/> CALLE	<input type="checkbox"/> AVENIDA	<input type="checkbox"/> VEREDA	<input type="checkbox"/> EDIFICIO	<input type="checkbox"/> QUINTA	<input type="checkbox"/> CASA
<input type="checkbox"/> CARRETERA	<input type="checkbox"/> ESQUINA	<input type="checkbox"/> CARRERA	<input type="checkbox"/> CENTRO COMERCIAL	<input type="checkbox"/> LOCAL	
<input type="checkbox"/> URBANIZACIÓN	<input type="checkbox"/> ZONA	<input type="checkbox"/> SECTOR	<input type="checkbox"/> APTO N°	<input type="checkbox"/> QUINTA N°	<input type="checkbox"/> CASA N°
<input type="checkbox"/> CONJ. RESIDENCIAL	<input type="checkbox"/> BARRIO	<input type="checkbox"/> CASERIO	<input type="checkbox"/> OFICINA N°	<input type="checkbox"/> LOCAL N°	
ESTADO	MUNICIPIO	PARROQUIA	CIUDAD		
PUNTO DE REFERENCIA	ZONA POSTAL	TELÉFONO LOCAL	TELÉFONO DE OFICINA		
TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO				

4 DATOS ECONÓMICOS

PROFESIÓN	OCUPACIÓN	EXPERIENCIA LABORAL (AÑOS)	INGRESOS MENSUALES Bs.
ORIGEN DE LOS FONDOS	EMPRESA DONDE LABORA	CARGA FAMILIAR	ACTIVIDAD A DESARROLLAR

5 REFERENCIAS COMERCIALES

CÉDULA DE IDENTIDAD	APELLIDOS Y NOMBRES	TELÉFONO
---------------------	---------------------	----------

CANTIDAD DE ACCIONES A SUSCRIBIR			MONTO A SUSCRIBIR Bs.		
TIPO DE TRANSACCIÓN	TRANSACCIÓN N°	INSTITUCIÓN FINANCIERA	CUENTA N°	MONTO TRANSACCIÓN Bs.	FECHA
<input type="checkbox"/> DEPÓSITO					
<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA					
<input type="checkbox"/> DEPÓSITO					
<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA					
<input type="checkbox"/> DEPÓSITO					
<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA					

DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES FIDEDIGNA. ASIMISMO, AUTORIZO DE MANERA EXPRESA Y SIN RESERVAS A SOGAMPI, S.A., A QUE VERIFIQUE LOS DATOS ANTERIORMENTE PROPORCIONADOS, LIBERANDO A DICHA INSTITUCIÓN DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD O IMPLICACIONES. ADEMÁS, DECLARO QUE MIS INGRESOS, ASÍ COMO LOS FONDOS DEPOSITADOS PARA LA SUSCRIPCIÓN DE ACCIONES, NO PROVIENEN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS RELACIONADAS CON EL DELITO DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES, FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO Y FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA, TODO ELLO EN CONCORDANCIA CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN NÚMERO 083-18, EMANADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR BANCARIO, PUBLICADA EN GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, N° 41.588 DE FECHA 17/01/2019.

IMPRESIÓN DACTILAR

RECIBE POR SOGAMPI, S.A.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
SELLO DE LA EMPRESA

ESTA PLANILLA ES DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA
TODOS LOS CAMPOS DE ESTA PLANILLA DEBEN ESTAR COMPLETAMENTE LLENOS



RECAUDOS MÍNIMOS EXIGIDOS PARA LA SOLICITUD DE INGRESO
COMO SOCIO BENEFICIARIO PERSONA NATURAL

1. Planilla de Ingreso como Socio Beneficiario, debidamente firmada más impresión dactilar.
2. Copia de la Cédula de Identidad del Solicitante y de su Cónyuge en casado de ser Casado (vigente).
3. Copia del RIF (actualizado y vigente).

NOTA:

Los documentos deben enviarse en formato digital a los siguientes correos electrónicos: afiliacion@sogampi.gob.ve y afiliacionsogampi@gmail.com, el pago de la afiliación se encuentra exonerado como política de promoción para todas las Pequeñas y Medianas Empresas (PyMes).