

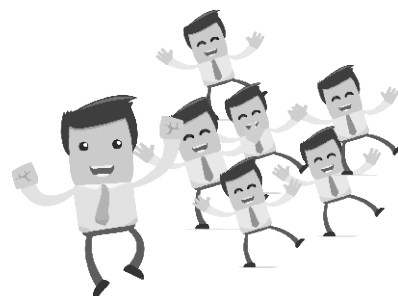
CONFIRMACIÓN REFERENCIAS LABORALES					
Número de teléfono al que se efectuó la llamada	Con quien se contactó	Fecha			Hora
		D	M	A	
Información Recibida					
				Funcionario que confirmó la información	

Nota: Coviemcali informa que de acuerdo con las cláusulas de la póliza de seguro de deuda, si el asociado padece alguna enfermedad o situación médica y no la reporta al momento de diligenciar el formato de asegurabilidad cuando solicita algún crédito, la compañía de seguros no se hará cargo de ningún saldo que éste tenga vigente al momento de fallecer, por reticencia de la Información, por lo tanto estos saldos quedarán a cargo de los beneficiarios.

Pregunta por nuestro Programa de Referidos

En Coviemcali tenemos un programa de referidos que te permite ganar dinero por cada persona que refieras y se convierta en un asociado efectivo, la idea es que traigas personas que estén dispuesta a cumplir con nuestros reglamentos y el estatuto vigente.

Busca personas serias y que tengan un ingreso demostrable y permanente para que puedan mantener su aporte y cuotas de créditos al día, preferiblemente que no estén reportadas en centrales de riesgo.



Pagina Web y Redes Sociales

Les recordamos que se pueden conectar con nosotros a través de:



coviemcali.cooperativa
coviemcali



coviemcali



Instagram

cooperativacoviemcali



Mercadeo Cel. 310 7226435
Cartera Cel. 312 8710274



www.coviemcali.coop



ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA (FAVOR NO DILIGENCIAR)

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA	OBSERVACIÓN ANÁLISIS CIFIN - CRÉDITOS	
<input type="checkbox"/> Dos (2) últimos Tabulados de Pago <input type="checkbox"/> Fotocopia de la Cedula Ampliada 150% <input type="checkbox"/> Carta Laboral, Certificado de Ingresos ó extractos bancarios		Firma Funcionario

SEGUIMIENTO PROCESO DE AFILIACIÓN	FIRMAS	FECHA	REFERIDO POR EL ASOCIADO
Analisis y reporte CIFIN (anexo reporte)		D M A	Nombres:
Confirmación de referencias personales		D M A	Apellidos:
Fecha de consulta efectiva		D M A	Cédula:

ANÁLISIS DE VINCULACIÓN	Funcionario Responsable	D	M	A	Gerencia	D	M	A	Reconsideración	D	M	A
	Resultados de Entrevista											
Recibió Inducción												

APROBADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HORA:	FECHA
			D M A

Firma Gerente

CONFIRMACIÓN REFERENCIAS PERSONALES			
Número de teléfono al que se efectuó la llamada	Con quien se contactó	Fecha	Hora
		D M A	
Información Recibida			
<hr/> <hr/> <hr/>			
			Funcionario que confirmó la información

CONFIRMACIÓN REFERENCIAS PERSONALES			
Número de teléfono al que se efectuó la llamada	Con quien se contactó	Fecha	Hora
		D M A	
Información Recibida			
<hr/> <hr/> <hr/>			
			Funcionario que confirmó la información