



FECHA

DD	MM	AAAA

BIENESTAR SOCIAL
FORMATO DE VINCULACION DE BENEFICIARIOS
NIT: 901646042-0

Yo, _____ en mi condición de Asociada de la ASOCIACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA MUJER AFRODECENDIENTE, ASODEIMA identificado con CC TI N° _____ de _____, mediante el presente documento, de manera libre y voluntaria Reporto la información de mi grupo Familiar la cual se relacionan a continuación como beneficiarios de los programas y proyectos que desarrolle la organización

INFORMACION DE BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR						
	NOMBRES Y APELLIDOS	D. IDENTIDAD	F. EXPEDICION	F. NACIMIENTO	PARENTEZCO	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Quien actualmente se encuentra dentro del primer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil. Manifiesto que la declaración aquí contenida es completamente veraz por lo que la hago bajo la gravedad del juramento que se entiende presentado con la firma del presente documento, consciente de la responsabilidad penal y civil en la que puedo incurrir si faltare a la verdad, sin perjuicio de la sanción disciplinaria que me puede ser impuesta y hacer efectiva LA ASOCIACION YA CITADA.

De igual forma manifiesto que me comprometo con "ASODEMIMA" a acreditar el parentesco en cualquier momento que ASODEIMA lo decida.

Tratándose de mi cónyuge, permanente me obligo a informar inmediatamente a "ASODEIMA" la terminación de dicho vínculo de parentesco.

Suscribo esta declaración en la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ del año _____

ASOCIADA

Nombre: _____ Identificación: _____ Firma: _____