

COOPERATIVA DEL MAGISTERIO DE TUQUERRES – COACREMAT LTDA

FORMULARIO DE ACTUALIZACION DE DATOS DE LOS ASOCIADOS



Fecha de actualización		DD	MM	AA										
INFORMACION PERSONAL														
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre					
Razón Social (Personas Jurídicas)														
Tipo de Documento	Número de Identificación	Naturaleza		Nacimiento				Carpeta #. (reservado)						
<input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Tarjeta de Identidad	Expedición	<input type="radio"/> Natural <input type="radio"/> Jurídica		Fecha		Ciudad								
				DD	MM	AAAA								
<input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/> NIT O RUT	Fecha	Ciudad	Sexo		Estado Civil		Tipo Sangre	Mujer Cabeza de Familia?		Oficina de Atención				
	DD/YY/AAAA		F	M				SI	NO					
Dirección Residencial (Describir completamente calles, carreras, avenidas, manzanas, casas, bloques, torre, vereda, corregimiento, etc)														
Departamento		Municipio			Estrato			0	1	2	3	4	5	6
Tipo de Vivienda		<input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Inmueble con Hipoteca <input type="radio"/> Arriendo <input type="radio"/> Otra : _____												
Teléfono Fijo		Indicativo:	Numero:		Celular	Otro Celular								
Correo Electrónico (Escribir correcta y completamente):														
CUENTAS BANCARIAS (Preferiblemente exenta del gravamen a los movimientos financieros, 4 ‰)														
Item	Entidad				Número			Tipo de Cuenta			Usar para transferencias?			
1								Ahorro	Corriente	SI	NO			
2								Ahorro	Corriente	SI	NO			
En cumplimiento con la ley 1581 de 2012 referente a la protección de Datos Personales, al Artículo 17 de la ley 527 de 1999 y en amigabilidad con el planeta. Autorizo a COACREMAT LTDA, a enviarme Información Electrónica referente a los servicios a mi cuenta de correo personal y teléfono móvil depositados en el presente formulario.														
INFORMACION ECONOMICA														
Actividad Económica Asociados								Información Tributaria						
<input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Cesante <input type="radio"/> Depende Económicamente <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Rentas de Capital <input type="radio"/> Negocio o Microempresa Independiente <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Profesional Independiente								<input type="radio"/> Trabajador Cuenta Propia <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Otros Contribuyentes						
INFORMACION LABORAL (Actividad económica: Empleados, pensionados)														
ENTIDAD PAGADORA		Nombre:								Ciudad:				
		NOMBRE				DIRECCIÓN				TEL/CEL				
ENTIDAD DE TRABAJO														
LUGAR DE TRABAJO														
CARGO:				Fecha de Ingreso			Tipo de Contrato				Antigüedad			
				DD	MM	AA	<input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Indefinido <input type="radio"/> OPS <input type="radio"/> Jornal							
INFORMACION EMPRESARIAL (Actividad económica: negocio o microempresa independiente, profesional independiente)														
Nombre de la Empresa:										NIT O RUT				
Antigüedad		Legalmente constituida?		DIAN		Cámara y Comercio		Alcaldía Municipal		CIU		% En la Empresa		No. Empleados
Años	Meses	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
Dirección de la empresa (Describir completamente calles, carreras, avenidas, manzanas, casas, bloques, torre, vereda, corregimiento, etc)														
										Ciudad:		Teléfono:		

INFORMACION DEL GRUPO FAMILIAR Y DE BENEFICIARIOS

YO, Asociado Activo(a) de la Cooperativa del Magisterio de Túquerres Limitada, en uso de mis facultades plenas, autorizo a COACREMAT Ltda., para que cuando fallezca y aún persista el vínculo como Asociado, que el saldo de mis aportes sociales y otros valores a que tenga derecho; sean entregados a mis beneficiarios que detallo a continuación en el porcentaje estipulado en la columna "% Pago". Igualmente de que mis beneficiarios sean menores de edad, declaro como tutor de los mismos a la persona o personas relacionada (s) en el campo dispuesto para este fin.

#	IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES	A cargo?		PARENTESCO	% Pago
			SI	NO		
1			SI	NO		
2			SI	NO		
3			SI	NO		
4			SI	NO		
5			SI	NO		
6			SI	NO		
7			SI	NO		
8			SI	NO		
9			SI	NO		
10			SI	NO		

GRUPO FAMILIAR: Son todas las personas que conviven con el Asociado;

BENEFICIARIOS: son las personas a las cuales se entregará el valor de los aportes del asociado fallecido (*), de acuerdo a esta autorización.

NOTA: No es obligatorio colocar el porcentaje de pago a todos los integrantes del grupo familiar, sino a los que el Asociado de manera Libre y Voluntaria asigne

**Es necesario anexar fotocopia de los documentos de identidad de sus BENEFICIARIOS. En caso de que ellos sean menores de edad, favor diligenciar el espacio de tutor:*

INFORMACION DEL TUTOR (ES)

Identificación	Apellidos y Nombres Completos	Dirección	Tel / Cel

Firma del Asociado:

--	--

Funcionario que atendió y/o diligenció éste formato.

Nombre:

--

Firma

--

Documento Identidad No.

HUELLA