

Fecha de actualización		DD	MM	AA	Ciudad:											
INFORMACIÓN PERSONAL																
Primer Apellido		Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre								
Razón Social (Personas Jurídicas)																
Tipo de Documento		Número de Identificación		Naturaleza		Nacimiento			Carpeta #. (reservado)							
	Cédula				Natural	Fecha			Ciudad							
	Tarjeta de identidad	Expedición			Jurídica	DD	MM	AAAA								
	NUIP	Fecha	Ciudad	Sexo		Estado Civil			Tipo Sangre	¿Mujer Cabeza de Familia?	Oficina de Atención					
	NIT O RUT	DD / MM /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		Propia <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Inmueble con Hipoteca <input type="checkbox"/>	Arriendo <input type="checkbox"/>	Otra: _____										
Teléfono Fijo		Indicativo: Número :			Celular:			Otro Celular								
Correo Electrónico (Escribir correcta y completamente):																
CUENTAS BANCARIAS (Preferiblemente exenta del gravamen a los movimientos financieros, 4 %)																
Ítem	Entidad					Número				Tipo de Cuenta		Usar para transferencias?				
1										Ahorro	Corriente	SI	NO			
2										Ahorro	Corriente	SI	NO			
INVERSIONES EN ACTIVOS DIGITALES O CRIPTOMONEDAS																
Ítem	Entidad					Número				Tipo de Activo		Usar para transferencias				
1												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, a enviarme Información Electrónica referente a los servicios a mi cuenta de correo personal y teléfono móvil depositados en el presente formulario.																
INFORMACIÓN ECONÓMICA																
Actividad Económica Asociados											Información Tributaria					
Empleado	<input type="checkbox"/>	Cesante	<input type="checkbox"/>	Dependiente	<input type="checkbox"/>	Hogar	<input type="checkbox"/>	Rentista de capital	<input type="checkbox"/>	Negocio o microempresa	<input type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>	Profesional independiente	<input type="checkbox"/>	Trabajador Cuenta Propia
											Empleado Otros Contribuyentes					
INFORMACIÓN FINANCIERA																
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal																
Otros ingresos (especificar)																
Egresos mensuales																
Activos																
Pasivos																
INFORMACIÓN 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN 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:

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR Y DE BENEFICIARIOS

YO, Asociado Activo(a) de la Cooperativa Multiactiva del Magisterio de Túquerres, en uso de mis facultades plenas, autorizo a COACREMAT., 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 relacionadas en el campo dispuesto para este fin.

#	IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES	A cargo	PARENTESCO	% Pago
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

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.*

INFORMACIÓN TUTOR (ES)

Identificación	Apellidos y Nombres Completos	Dirección	Tel /Cel

Firma Asociado:		Funcionario que atendió y/o diligenció este formato. Nombre:
Documento de identidad No.	HUELLA	Firma