

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: Numero				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		Cesante		Dependiente		Hogar		Rentista de capital		Negocio o microempresa		Pensionado		Profesional independiente	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	Fijo	Indefinido	OPS	Jornal									
<input type="checkbox"/>														<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:

Firma

Documento de identidad No.

HUELLA