



# COOPERATIVA DEL MAGISTERIO DE TUQUERRES - COACREMAT LTDA

## FORMULARIO DE ACTUALIZACION DE DATOS

Fecha de actualización	DD	MM	AA	Ciudad:
------------------------	----	----	----	---------

### INFORMACION PERSONAL

<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>

Razón Social (Personas Jurídicas)

<b>Tipo de Documento</b>	<b>Número de Identificación</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nacimiento</b>			Carpeta #. (reservado)		
Cédula		Natural	<b>Fecha</b>		<b>Ciudad</b>			
Tarjeta de identidad	<b>Expedición</b>	Jurídica	DD	MM	AAAA			
NUIP	<b>Fecha</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Sexo</b>		<b>Estado Civil</b>	<b>Tipo Sangre</b>	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):

<b>Departamento</b>		<b>Municipio</b>		<b>Estrato</b>	0	1	2	3	4	5	6
---------------------	--	------------------	--	----------------	---	---	---	---	---	---	---

<b>Tipo de Vivienda</b>	Propia <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Inmueble con Hipoteca <input type="checkbox"/>	Arriendo <input type="checkbox"/>	Otra : _____
-------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------	--------------

<b>Teléfono Fijo</b>	Indicativo:	Numero:	Celular:	Otro Celular
----------------------	-------------	---------	----------	--------------

**Correo Electrónico** (Escribir correcta y completamente):

### CUENTAS BANCARIAS (Preferiblemente excenta 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

### INVERSIONES EN ACTIVOS DIGITALES O CRIPTOMONEDAS

Item	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 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	
Empleado	Cesante	Dependiente	Hogar	Rentista de capital	Negocio o microempresa	Pensionado	Profesional independiente	Trabajador Cuenta Propia	Empleado
								Otros Contribuyentes	

### INFORMACION FINANCIERA

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal	
Otros ingresos (especificar)	
Egresos mensuales	
Activos	
Pasivos	

### INFORMACION LABORAL (Actividad económica: Empleados, pensionados)

ENTIDAD PAGADORA	Nombre:	Ciudad:						
	<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TEL/CEL</b>					
ENTIDAD DE TRABAJO								
LUGAR DE TRABAJO								
CARGO:	<b>Fecha de Ingreso</b>	<b>Tipo de Contrato</b>	<b>Antigüedad</b>					
	DD	MM	AA	Fijo <input type="checkbox"/>	Indefinido <input type="checkbox"/>	OPS <input type="checkbox"/>	Jornal <input type="checkbox"/>	

**INFORMACION EMPRESARIAL** (Actividad económica: negocio o microempresa independiente, profesional independiente)

Nombre de la Empresa:											NIT O RUT	
Antigüedad		Legalmente constituída?		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.

#	IDENTIFICACION	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:*

**INFORMACION TUTOR (ES)**

Identificacion	Apellidos y Nombres Completos	Direccion	Tel /Cel

Firma Asociado:

Funcionario que atendió y/o diligenció éste formato.

Nombre:

Firma

Documento de identidad No.

HUELLA