



COOPERATIVA DEL MAGISTERIO DE TUQUERRES - COACREMAT LTDA

FORMULARIO DE ACTUALIZACION DE DATOS

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

INFORMACION 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 %)

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:						
	NOMBRE	DIRECCIÓN	TEL/CEL					
ENTIDAD DE TRABAJO								
LUGAR DE TRABAJO								
CARGO:	Fecha de Ingreso	Tipo de Contrato	Antigüedad					
	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 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.

#	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	