

	GESTION SOCIAL Y ADMINISTRATIVA	Código: GSA-FOR-20
		Fecha: 29/01/2025
	FORMULARIO DE ACTUALIZACION	Versión: 01
		Página: 1/1

DATOS PERSONALES

Nombre (Apellidos - Nombres)		Fecha de nacimiento Día Mes Año		Tipo Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Fecha de expedición Día Mes Año	
Tipo de vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/>		Estrato	Dirección residencia		Ciudad		Departamento
Celular		Correo electrónico		Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		Cabeza de familia	
Nivel académico: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>		¿PEP?*		¿Familiares PEP?*		* Persona Politicamente Expuesta: Si la respuesta es afirmativa o tiene familiar asociado, debe diligenciar	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL E INFORMACION FINANCIERA DEL SOLICITANTE

Empleado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Nombre de la empresa o el Establecimiento		Fecha de ingreso Día Mes Año		Profesión
Pensionado <input type="checkbox"/>	Dependiente (Ingresos familiares) <input type="checkbox"/>					
Ingresos derivados de su actividad principal		Otros ingresos		Concepto otros ingresos		Administra recursos públicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A)

Nombre (Apellidos - Nombre)		Fecha de nacimiento Día Mes Año		Tipo ID C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Celular		Nivel académico
				No.		
Empresa		Cargo		Profesión		Salario
Otros ingresos:		Concepto otros ingresos				

BENEFICIARIOS DE ACTIVIDADES: Se entiende como beneficiarios, los que el asociado inscriba al momento de su ingreso o posteriormente, para beneficiarse de todas las actividades sociales que realiza la cooperativa Cootrachec.
"Si es casado o en unión marital de hecho no es necesario diligenciar la información del cónyuge o compañero (a) en esta pregunta". Se consideran beneficiarios del asociado y que estén inscritos en el registro social ante la Cooperativa, los siguientes:

ASOCIADO CASADO O EN UNIÓN MARITAL DE HECHO:

1. El cónyuge o compañero permanente, según el caso.
2. Los hijos que dependan económicamente del asociado hasta cumplir la mayoría de edad o incluso hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando estén cursando estudios.
3. Los hijos de cualquier edad con limitación física o cognitiva, debidamente acreditada.

ASOCIADO SOLTERO:

1. Los hijos que dependan económicamente del asociado hasta cumplir la mayoría de edad o incluso hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando estén cursando estudios.
2. Los hijos de cualquier edad con limitación física o cognitiva, debidamente acreditada.
3. Los padres del asociado, siempre y cuando dependan económicamente de éste.
4. Para los asociados que no cuenten con las condiciones de beneficiarios relacionados o con sociedad conyugal disuelta, podrán inscribir a una (1) persona como beneficiario.

Nombre (Apellidos - Nombres)	Parentesco		TI - RC-CC-CE	No. Identificación	Fecha nacimiento			Nivel académico
		F/M			DD	MM	AA	

QUEREMOS CONOCERTE

¿Tienes emprendimiento? Si ☐ No ☐ Si tu respuesta es afirmativa, por favor realiza una breve descripción: _____

¿Qué formación/capacitación/curso deseas recibir de parte de tu Cooperativa? _____

¿Has recibido educación cooperativa? Si ☐ No ☐ ¿Qué actividad física practicas? _____

¿Tienes mascota? Si ☐ No ☐ Si tu respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo de mascota tienes?: _____

AUTORIZACIONES:

- ☐ Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la Cooperativa para que la verifique.
La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.
- ☐ Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad o para la utilización de un producto o servicio.
- ☐ Autorizo a la cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y el uso de bases de consulta alternativas.
- ☐ Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal."declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas".
- ☐ Autorizo para que la información recopilada pueda ser usada por COOTRACHEC para realizar comunicaciones por medio del sistema de llamada automática por voz, o bien por medio de call center, de igual modo la autorización incluye la facultad de utilizar diferentes medios de comunicación como oficios, celular (incluyendo mensajes de texto), correo electrónico o cualquier otro dispositivo o medio que llegue a estar disponible, dichas comunicaciones podrán ser con fines informativos, verificación de datos, gestión de cobranza, promoción de productos y cualquier otro que la Cooperativa considere oportuno brindar a los asociados.

Firma Asociado
C.C. N°

Huella