

COOPERATIVA EXTERNADISTAS DE COLOMBIA " COOPEXCOL "



COOPEXCOL
COOPERATIVA EXTERNADISTAS
DE COLOMBIA

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO ACTUALIZACION DE DATOS

FECHA: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:			
dd mm año	Ciudad/ municipio	Fecha de Expedición	
		CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>
		TI <input type="checkbox"/>	RC <input type="checkbox"/>
		PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD		GÉNERO MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMENINO <input type="checkbox"/>
TIPO DE VIVIENDA		ALQUILADA <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>
		PROPIA <input type="checkbox"/>	NO FINANCIADA <input type="checkbox"/>
FINANCIADA <input type="checkbox"/>		SISTEMA DE FINANCIAMIENTO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD <input type="checkbox"/>
POSEE VEHÍCULO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MARCA <input type="checkbox"/>
		MODELO <input type="checkbox"/>	PLACA <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO		BARRIO <input type="checkbox"/>	CIUDAD <input type="checkbox"/>
			TELÉFONO DEL DOMICILIO <input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL		CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	
		No DE CELULAR PERSONAL	
ESTADO CÍVIL		SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>
MUJER CABEZA DE FAMILIA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No DE HIJOS <input type="checkbox"/>
No DE PERSONAS QUE DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE USTED		ESTRATO <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN ACADÉMICA Y LABORAL

ESTUDIOS REALIZADOS	UNIVERSITARIOS <input type="checkbox"/>	TÉCNICOS <input type="checkbox"/>	TECNOLÓGICOS <input type="checkbox"/>	SECUNDARIOS <input type="checkbox"/>	PRIMARIOS <input type="checkbox"/>
ESPECIALIZACIONES	MAESTRÍA <input type="checkbox"/>	DOCTORADO <input type="checkbox"/>			
INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ LOS ÚLTIMOS ESTUDIOS	ÚLTIMO AÑO ESTUDIADO				<input type="checkbox"/>
NOMBRE EMPRESA	<input type="checkbox"/>		DIRECCIÓN <input type="checkbox"/>	TELÉFONO <input type="checkbox"/>	
FECHA VINCULACIÓN LABORAL (dd-mm-aa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIPO DE CONTRATO <input type="checkbox"/>	CARGO <input type="checkbox"/>	EXT. <input type="checkbox"/>
ASIGNACIÓN MENSUAL	<input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONÓMICA <input type="checkbox"/>	CÓDIGO CIU <input type="checkbox"/>	
INGRESOS	EGRESOS				
OTROS INGRESOS	PASIVOS				
ACTIVOS	PATRIMONIO				
Goza de reconocimiento público	Maneja recursos públicos o ha ocupado algún cargo público				
Realiza Operaciones en moneda extranjera	Posee cuentas en el exterior		Entidad Extranjera	No. Cuenta	

INFORMACIÓN FAMILIAR

No	APELLOS Y NOMBRES	TIPO DE DOCUMENTO				NUMERO	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	NIVEL DE EDUCACION
		NUIP	TI	CC	CE		M	F	AÑO	MES	DIA		
1													
2													
3													
4													
5													

PARENTESCOS (CY: Conyuge , PA: padres, HI: hijos, HE: hermanos)

NIVEL DE EDUCACION (UN: Universitarios, TE: tecnico, TL: tecnologico, SE: secundarios, PR: primarios)

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASOCIADO

En caso de muerte declaro que designo como beneficiario (s) de mis aportes, depositos, seguro de vida y en general de cualquier título a mi nombre en la COOPERATIVA EXTERNADISTAS DE COLOMBIA., a las siguientes personas:

No	APELLIDOS Y NOMBRES	No DE IDENTIFICACION	%	DIRECCION	TELEFONO	PARENTESCO
1						
2						
3						
4						
5						

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a **COOPEXCOL**. o a quien acrede en el futuro para que con fines estadisticos, de control, supervision y de informacion comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier informacion personal o de mi grupo familiar de caracter financiero, comercial o estadisticos desde el momento de la solicitud de afiliacion a las centrales de informacion bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los terminos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

AUTORIZACION LEY HABEAS DATA

La **COOPERATIVA**, como institución que almacena y recolecta datos personales requiere obtener su autorización para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, permita a la entidad recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias dela Coop, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios a los asociados, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012 y el Decreto 1377 de junio 27 de 2013, " Por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales", por medio de la presente AUTORIZO a la Cooperativa ., para que haga uso de mis datos personales y de mi grupo familiar, existentes en su base de datos.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Autorizo a la **COOPERATIVA EXTERNADISTAS DE COLOMBIA** a descontar con cargo a mis aportes conforme lo indiquen el Estatuto de **COOPEXCOL** la suma de \$_____ del salario mensual que devengo como empleado de **LA UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA**.

Si al retiro de la entidad con la cual mantengo el vínculo laboral no se hubiere cancelado el total de las obligaciones crediticias que contraiga con **LA COOPERATIVA** asi como las actuaciones que se deriven de la relación asociado-cooperativa, autorizo a la Universidad para que pague a la **COOPERATIVA EXTERNADISTAS DE COLOMBIA**. el saldo pendiente de todas mis obligaciones , incluyendo intereses corrientes, por mora o cualquier otro gasto adicional que ocasione el cobro de las deudas, reteniendo dichos valores de las prestaciones sociales a que tengo derecho o de lo que por cualquier concepto que haya de pagárseme.

AUTORIZACIÓN PARA ABONOS A CUENTA

Autorizo a la **COOPERATIVA EXTERNADISTAS DE COLOMBIA**.- para que efectue los abonos o pagos por cualquier concepto que haya de pasarseme como asociado a la cuenta _____ No _____ del banco _____

Me comprometo a informar cualquier cambio que surja en cuanto a la cuenta donde deba consignarme.

DECLARO QUE MIS RECURSOS NO PROVIENEN NI TENDRAN DESTINO PARA ACTIVIDADES ILCITAS O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO.

AUTORIZO PARA QUE SEAN VERIFICADOS MIS DATOS, DECLARO QUE LA INFORMACION CONSIGNADA EN ESTE DOCUMENTO ES REAL Y QUE CUALQUIER INEXACTITUD ES DE MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD. ME COMPROMETO A ACTUALIZAR ANUALMENTE LOS DATOS DE AFILIACIÓN.

APELLIDOS Y NOMBRES

FIRMA

No. DE DOCUMENTO

