

# ACTUALIZACIÓN DE DATOS ASOCIADOS 2011



Actualice sus datos hasta el 28 de febrero y participe en el sorteo de un computador portátil (Compaq Presario CQ41-226LA)

## DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos completos					
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS.			Número	
Nivel de estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Profesional		<input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Especialización		<input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico	
Nombre de la profesión					
Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Lugar de nacimiento	Departamento	Pais	Tipo de residencia <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	
Estrato (servicios públicos) ① ② ③ ④ ⑤ ⑥		Dirección de domicilio Municipio			
Departamento		Pais	Teléfono residencia	Teléfono celular	
Referencia de un familiar que no viva en su misma residencia		Nombre	Teléfono	Dirección	

## INFORMACIÓN LABORAL/OFCIO

Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Jubilado ¿Cuál?	Si es empleado, tipo de contrato <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> A termino fijo <input type="checkbox"/> Labor contratada <input type="checkbox"/> Prestación de servicios				
Para empleados de Suramericana y filiales					
Empresa	Ubicación (nombre del edificio/sede y piso)			Dirección	
Ciudad	Cargo	Teléfono	Correo electrónico (personal o laboral)		
Para asociados que laboran en empresas fuera de Suramericana y filiales					
<input type="checkbox"/> Empleado Privado <input type="checkbox"/> Empleado Público	Nombre de la empresa/entidad	Dirección		Teléfono	
Cargo	Dependencia	Correo electrónico (personal o laboral)			
Administra recursos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ejerce poder público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Actualmente es líder comunitario? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Dónde?			

## INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal \$	Realiza operaciones en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Descripción otros ingresos	Otros ingresos mensuales \$	Tipo de operación <input type="checkbox"/> Importador <input type="checkbox"/> Exportador			
Egresos mensuales \$		Posee cuentas en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Total activos \$ (bienes raíces + vehículos + otros bienes)		N° de Cuenta			
Total pasivos \$ (deudas entidades financieras + deudas Coopemsura + deudas terceros)		Banco	Moneda		
Vehículo propio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Placa	Modelo	Valor comercial actual \$	Ciudad	Pais

## INFORMACIÓN FAMILIAR

Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado/divorciado	N° de Personas a cargo				
Discriminación personas a cargo <input type="checkbox"/> Cónyuge/compañero <input type="checkbox"/> N° de hijos _____		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> N° de hermanos _____	
				<input type="checkbox"/> Otros Quiénes _____	

### GRUPO FAMILIAR

Si es casado, incluya su cónyuge e hijos. Si es soltero incluya sus padres e hijos, si los tiene.

Nombres y apellidos	Identificación	Fecha nacimiento			Parentesco	¿Depende económicamente de usted? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		DD	MM	AAAA		
		DD	MM	AAAA		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		DD	MM	AAAA		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		DD	MM	AAAA		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		DD	MM	AAAA		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### CESIÓN DE DERECHOS

Nombres y apellidos completos de la(s) persona(s), a la(s) cual(es), en caso de fallecimiento, usted dejaría sus aportes y ahorros de Coopemsura (mínimo una).

Nombres y apellidos	Identificación	Fecha nacimiento			Porcentaje
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	

## GUSTOS Y PREFERENCIAS

¿Cuáles servicios y/o beneficios utiliza en Coopemsura? <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/> Auxilios <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál(es)					
¿Qué actividades realiza usted en su tiempo libre	<input type="checkbox"/> Recreativas ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/> Deportivas ¿Cuáles? _____			
	<input type="checkbox"/> Culturales ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/> Educativas ¿Cuáles? _____			

- Certifico que la información suministrada en esta encuesta es verídica y autorizo a Coopemsura para que la verifique.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar la información que solicite la Cooperativa anualmente.

Firma asociado