	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	VERSIÓN: 03
	FORMATO ACTUALIZACIÓN DE DATOS ASOCIADO	FECHA: 11/10/2023
		PÁGINA 1 DE 2

Fecha de Diligenciamiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

DATOS GENERALES DEL ASOCIADO			
Apellidos y Nombres:			Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> NIT EXT <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> OTRO _____			
No. Identificación:	Fecha Expedición:	Fecha de Nacimiento:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre			
No. Hijos	Mujer Cabeza de Familia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Numero Personas a Cargo:	Estrato:
NIVEL EDUCATIVO			
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnología
<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Posgrado	<input type="checkbox"/> Otro, Cual: _____	
Titulo Obtenido:		Profesión:	
DATOS UBICACIÓN			
Dirección Residencia:		Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada	
Barrio:	Ciudad:	Departamento:	
Correo Electrónico:	Teléfono:	Celular:	
DATOS CÓNYUGE			
Apellidos y Nombre del Cónyuge:			
Documento de Identidad:		Teléfono de Contacto:	

La anterior información es solicitada con el fin de actualizar sus datos personales. Por la importancia de estos datos, requerimos que este formato sea diligenciado con letra imprenta legible.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: En mi calidad de titular de la información o representante legal del mismo, autorizo a COFACENEIVA a dar Tratamiento a mis datos personales, de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013.

AUTORIZACIÓN CANALES DE CONTACTO COOPERATIVA COFACENEIVA: De acuerdo con la ley 2300 de 2023 y con el fin de mantener una comunicación oportuna y eficiente con nuestros asociados, brindando información sobre las novedades y modificaciones de nuestros productos y/o servicios, la realización de promociones, publicidad, eventos institucionales, actualización de datos, campañas, programas de lealtad y fidelización, eventos comerciales, gestión de cobro y demás actividades de mercadeo, estadísticas y administrativas necesarias para el completo desarrollo de nuestro objeto social, autorizo a ser visitado(s) o notificado(s) o contactado(s) por canales físicos y/o virtuales a los datos que suministre, actualice o que sean recolectados por las centrales de información y/o bases de datos autorizadas. En ese sentido, manifiesto que, como **ASOCIADO, DEUDOR o CODEUDOR autorizo ser contactado por:** Llamada telefónica ____, Correo electrónico ____, SMS ____, Correspondencia ____, Mensajería Instantánea ____, Todas las anteriores ____.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

VERSIÓN: 03

**FORMATO ACTUALIZACION DE DATOS
ASOCIADO**

FECHA: 11/10/2023

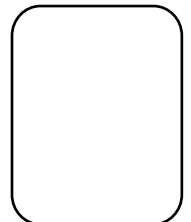
PÁGINA 2 DE 2

Observaciones

--

Firma Asociado: _____

CC:



ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

Nombre de la persona quien recibe el formato de actualización de datos:

Fecha de verificación y revisión de la información:

Nombre y firma del empleado que verifica y confirma la información: