



**COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE LA REGISTRADURIA NACIONAL CON
SIGLA COOPEREGINAL**
Personería jurídica No. 224 de 1953

Código: FR-AT-02
Versión: 01
Fecha: 02/05/2023

FORMATO SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS FECHA :

Apellidos :										Nombre :																				
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN										FECHA DE EXPEDICIÓN					LUGAR DE EXPEDICIÓN					SEXO										
C.C.		C.E.		OTRO		Nº.							M		F															
FECHA DE NACIMIENTO					LUGAR DE NACIMIENTO					EDAD		CELULAR		TELÉFONO			CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:													
D		M		AA																										
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA					CIUDAD					DEPARTAMENTO					BARRIO		ESTRATO		TIEMPO DE RESIDENCIA		TIPO DE VIVIENDA									
VIVIENDA					NOMBRE ARRENDADOR										TELÉFONO ARRENDADOR															
PROPIA		ARRIENDO		FAMILIAR																										
ESTADO CIVIL		SOLTERO		CASADO		SEPARADO		VIUDO		UNIÓN LIBRE		OTRO		¿CUAL?																
No. DE PERSONAS A CARGO		PROFESIÓN					NIVEL ACADÉMICO																							
							PRIMARIA		BACHILLERATO		TÉCNICO		TECNÓLOGO		UNIVERSITARIO		POSTGRADO													
ESTUDIA ACTUALMENTE		SI		NO		QUE ESTUDIO ESTA REALIZANDO					HA REALIZADO CURSOS DE ECONOMIA SOLIDARIA					SI		NO												
ACTIVIDAD ECONÓMICA																														
EMPLEADO(A)					INDEPENDIENTE					PENSIONADO(A)					ESTUDIANTE					OTRO					¿CUAL?					
SI ES EMPLEADO(A) DILIGENCIE LOS SIGUIENTES CAMPOS																														
EMPRESA DONDE TRABAJA					CARGO:					SUCURSAL					INGRESO MENSUAL					FECHA DE INGRESO										
																				D		M		AA						
TIPO DE CONTRATO										CORREO ELECTRÓNICO EMPRESA																				
FIJO		INDEFINIDO		OBRA Y LABOR		PRESTACIÓN DE SERVICIOS																								
DIRECCIÓN EMPRESA					CIUDAD					DEPARTAMENTO					TELÉFONO		EXTENSIÓN													
SI ES INDEPENDIENTE O EMPLEADO(A) CON NEGOCIOS DILIGENCIE LOS SIGUIENTES CAMPOS																														
TIPO DE ACTIVIDAD O SECTOR ECONOMICO										FECHA DE INICIO:					DESCRIPCION DE ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL															
										D		M		A																
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO					DIRECCIÓN					CIUDAD					TELEFONO															
PORCENTAJE DE APORTES MENSUAL																														
		5%		6%		7%		8%		9%		10%																		
INFORMACIÓN FINANCIERA																														
TOTAL INGRESOS MENSUALES					TOTAL EGRESOS MENSUALES					TOTAL ACTIVOS					TOTAL PASIVOS					¿DECLARA RENTA?										
																				SI		NO								
¿ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS?					¿TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?					¿EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?																				
SI		NO							SI		NO							SI		NO										
TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA																														
¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA?					EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA QUE NORMALMENTE REALIZA																									
SI		NO		IMPORTACIONES			EXPORTACIONES			INVERSIONES			GIROS		PRESTAMOS		OTRO													
EN CASO DE POSEER PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA, DILIGENCIE LOS SIGUIENTES CAMPOS																														
TIPO DE PRODUCTO:		ENTIDAD			MONTO			Nº DE CUENTA:			MONEDA		CIUDAD O ESTADO:																	
													PAIS:																	

INFORMACIÓN FAMILIAR						
APELLIDO(S) Y NOMBRES (S) CÓNYUGUE O COMPAÑERO		PROFESIÓN	CELULAR	TRABAJA		ENTIDAD
				SI	NO	
APELLIDO(S) Y NOMBRES (S) PADRE		EDAD	DIRECCIÓN		CELULAR	
APELLIDO(S) Y NOMBRES (S) MADRE		EDAD	DIRECCIÓN		CELULAR	
En caso de fallecimiento designo como beneficiario al reintegro de los certificados de Aportes, de los seguros y Fondo de Solidaridad a que tenga derecho como asociado a:						
TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		% DESIGNADO
Autorizo a COOPERAGINAL para descontar de mi salario y/o prestaciones legales el valor correspondiente a los aportes en forma mensual o quincenal según corresponda el valor correspondiente al 2% de un SMMLV y en forma mensual, el valor correspondiente al Fondo de Solidaridad establecido en los estatutos y reglamentos vigentes de la Cooperativa, con destino a COOPERREGINAL						
De conformidad con el reglamento del Fondo de Solidaridad, a continuación relaciono el núcleo familiar que voluntariamente deseo proteger. (padres menor 70 años, hijos menores de 24 años y Conyugue)						
TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS			AFINIDAD	
Acepto que si dentro de esta relación existe algún BENEFICIARIO que no reúna los requisitos exigidos, no se tenga en cuenta para el pago del auxilio que se reconozca						
AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES – LEY 1581 DE 2012						
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, con mi firma autorizo como Titular de mis datos personales, para que éstos, incluidos los sensibles (voz), sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE LA REGISTRADURIA NACIONAL CON SIGLA COOPERREGINAL para que sean tratados con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos y referencias, fidelización de clientes, gestión de cobros y pagos, gestión de facturación, gestión económica y contable, gestión fiscal, prospección comercial, publicidad propia, segmentación de mercados, estudios de crédito, transmisión y/o transferencia nacional e internacional de datos con terceros como aliados comerciales y terceros que presten servicios de cobranza; así como, autorizo que mis datos biométricos como la voz sean utilizados para la verificación de identidad. Asimismo, declaro que cuento con la autorización de mi cónyuge, de mi arrendador (en caso de aplicar), de mis referencias personales y familiares para registrar sus datos personales en este formato y para que sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE LA REGISTRADURIA NACIONAL CON SIGLA COOPERREGINAL con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos, transmisión y/o transferencia nacional e internacional de datos con terceros como aliados comerciales de la cooperativa. Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles (voz), entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad. El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante un escrito dirigido a la COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE LA REGISTRADURIA NACIONAL CON SIGLA COOPERREGINAL a la dirección de correo electrónico Asistentegerencia@coopereginal.com indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección Carrera 52 # 44f 56 en la ciudad de Bogotá D.C						
Declaro que conozco y acepto los estatutos, reglamentos y procedimientos que rigen mi afiliación a COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE LA REGISTRADURIA NACIONAL CON SIGLA COOPERREGINAL y autorizo para que mi empleador descuente de mi salario, prestaciones sociales o de cualquier monto a mi favor, los valores que COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE LA REGISTRADURIA NACIONAL CON SIGLA COOPERREGINAL reporte producto de mi relación como asociado. Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a COOPERREGINAL para que la verifique. He sido enterado de la obligación de actualizar anualmente mi información comercial y financiera y además aquella que solicite						
Para constancia firmamos el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica y para ello autorizamos el uso y grabación de la voz que se incorporan en el documento.						
DOCUMENTOS ANEXOS		FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD, CONSTANCIA DE INGRESOS				
Nombre del Asociado						
C.C. No.				Firma Asociado		