

	COOPERATIVA DE PENSIONADOS Y EXTRABAJADORES DEL ISS SANTANDER "COOPEXTRAISS" NIT:890.204.131-2	ACTUALIZACIÓN DE DATOS Versión 2.0	FO- 02
Nombre:		Cédula:	
CORRESPONDENCIA Y NOTIFICACIONES			
¿Ha cambiado su dirección de residencia o negocio en el último año?		SI ☐ NO ☐	Nueva Dirección
¿Ha cambiado su número de celular o teléfono fijo en el último año?		SI ☐ NO ☐	Nuevo Teléfono
¿Ha cambiado su correo electrónico en el último año?		SI ☐ NO ☐	Nuevo Correo
ACTIVIDAD ECONOMICA			
¿Cambio su Actividad Económica? SI ☐ NO ☐ Por favor especifique a continuación			
Independiente Empleado Pensionado Rentista de Capital Desempleado ¿Declara Renta? SI ☐ NO ☐			
SI ES EMPLEADO, DILIGENCIE LOS SIGUIENTES CAMPOS			
Empresa donde trabaja:		Ciudad	Teléfono Celular
Sector ☐ Privado ☐ Mixto ☐ Contrato ☐ Fijo ☐ Indefinido ☐ Otro		Fecha de Vinculación	Cargo Actual
SI ES INDEPENDIENTE, DILIGENCIE LOS SIGUIENTES CAMPOS			
Nombre de la empresa:		Teléfono / Celular	
Rut:		Actividad Principal: Descripción de otras actividades:	
INFORMACION DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA			
¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera? SI ☐ NO ☐		Entidad	
Exportador ☐ Importador ☐ Exportador/Importador ☐ Inversiones ☐		Producto	
Envío/Recepción de giros y remesas Otro, Cual?		Cuenta de Ahorro ☐ Cuenta Corriente ☐ Otro, Cual? ☐	
Monto mensual		Pais	Moneda
INFORMACION FINANCIERA			
Ingresos mensuales		Gastos Mensuales	
Sueldo, pensión \$		Arriendos \$	
Actividad Independiente \$		Gastos Personales/ Familiares \$	
Honorarios/Comisiones \$		Costos de Operación: (Persona Independiente) \$	
Otros ingresos \$		Otros Egresos: Obligaciones financieras \$	
Total Ingresos \$		Total Egresos: \$	
Total Activos(bienes y derechos a nombre suyo): \$			
Total Pasivos (Cuentas por pagar y deudas a cargo suyo) \$			
Total Patrimonio: \$			
ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE Y/O PÚBLICAMENTE			
El asociado se obliga a actualizar los datos por escrito y oportunamente, o cuando se presente cualquier cambio en los datos, cifras y demás información suministrada en la cooperativa, así como, presentar los documentos mínimos establecidos y actualizar la información por lo menos una vez al año de conformidad con la normatividad vigente. En caso de suministrar información falsa, no verificable, o negarse a actualizar la información, la cooperativa podrá declarar por terminada la relación comercial de acuerdo con las normas internas de la cooperativa. Declaración de Persona Expuesta Políticamente y/o Públicamente PEP: 1. Acepto lo establecido en el decreto de 1674 de octubre 21 de 2016 de mantener la calidad de PEP, por dos años más, una vez haya terminado el periodo, o por cualquier circunstancia que me obligue a renunciar, desistir, despidio o por declaración de insubsistencia del nombramiento o de cualquier otra forma de desvinculación del cargo. 2. Me comprometo a informar a la cooperativa cuando participe como candidato en cualquier cargo público, e informar sobre los resultados de las elecciones. 3. Me comprometo a suministrar la fecha de vinculación y/o fecha de desvinculación en cualquier proceso que lo requiera la cooperativa. 4. Me comprometo a suministrar información de aquellos asociados familiares vinculados a la cooperativa, teniendo en cuenta el parentesco de segundo grado de consanguinidad y de afinidad y de los socios cercanos tal como lo expresa la normatividad.			
AUTORIZACIÓN LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS			
En cumplimiento de la ley 1581 de 2012, de Protección de Datos Personales, la Cooperativa de Pensionados y Ex trabajadores del ISS Santander (COOPEXTRAISS) le informa que mediante la firma del presente formulario usted autoriza a COOPEXTRAISS a tratar la información suministrada con el fin de analizar su perfil para efectos de estudiar, discutir, tratar y decidir su vinculación como asociado de esta Cooperativa, promocionar y gestionar todos los servicios, capacitación y demás servicios que ofrece o llegara a ofrecer COOPEXTRAISS, enviar información de COOPEXTRAISS o de los convenios vigentes con otras entidades o personas a través de correo electrónico, mensajes de texto, llamadas telefónicas y mensajes de WhatsApp, invitar y desarrollar reuniones de las cuales, además, se tomará un registro fotográfico, para cumplir con los requerimientos e información de autoridades, elaborar informes y/o estadísticas internas para medir la gestión de la Cooperativa, y en general para el cumplimiento de las obligaciones legales exigibles a las entidades de sector solidario. Como titular de los datos personales que suministra, usted cuenta con los derechos de acceso, rectificación, actualización, revocación de la autorización y supresión, los cuales puede ejercer enviando un mensaje a coopextraiiss@gmail.com o dirigiéndose a la siguiente dirección: calle 35 No. 16-24, oficina 705 Bucaramanga (Santander), COOPEXTRAISS le informa que cuenta con una Política de Tratamiento de Datos Personales que se encuentra disponible en el siguiente link: www.coopextraiiss.com.co y que es voluntario responder preguntas que eventualmente le sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores. Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, los datos biométricos, y condiciones especiales como discapacidad, desplazamiento, cabeza de familia, ente otros.			
FIRMA DEL ASOCIADO _____ C.C. _____		Huella dactilar	
ESPACIO DE USO EXCLUSIVO PARA COOPEXTRAISS			
Dejo constancia que la información de esta solicitud fue validada y certifico que se verificó la información suministrada por el asociado, así como, los documentos soportes presentados por el mismo. También se confrontó la huella dactilar y demás datos con el documento de identificación.			
DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ATENDER Y REGISTRAR LA INFORMACIÓN:		DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN	
Fecha de recibido: AAAA ____ MM ____ DD ____ Hora: ____	Nombres y apellidos de la persona que recibió la documentación:	Fecha de Actualización de datos: AAAA ____ MM ____ DD ____ Hora: ____	Nombres y apellidos de la persona que realizó la verificación de los datos:
Observaciones.		Observaciones.	
Firma de la persona que recibe la información:		Firma de la persona responsable de realizar actualización de los datos:	