

**FORMATO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ASOCIADOS Y TERCEROS**Código: SA-FR-09  
Versión: 02

Dando cumplimiento a lo establecido en la Circular Básica jurídica (SARLAFT) vigente, la ley 1581 de 2012 y demás normatividad emitida por la Supersolidaria, es obligación del asociado actualizar la información mínima una vez al año.

Canal de Recepción Actualización				Fecha de Actualización (dd-mm-aaaa)
Presencial	Servicio al Cliente	Página Web	Correo	

**DATOS PERSONALES**

Nombre Completo (Apellidos y Nombres)		Tipo Documento		No. Documento	
		CC	CE	TI	OTRO _____
Lugar de Expedición (Departamento/Ciudad)	Fecha de Expedición (dd-mm-año)	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento (dd-mm-año)	Nivel Escolaridad	
Numero de Personas a Cargo	¿Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional? SI NO				
	Niños, niñas y adolescentes		Mayores de 60 años		
	Mujer cabeza de familia		Persona con discapacidad física, mental o sensorial		
	Población diversa / LGBTQ+		Pueblos Indígenas		
	Población Afrocolombiana		Otro, ¿cual? _____		
Estado civil	Nombre del Conyugue (si aplica)	celular Conyugue	Correo electrónico del Conyugue		

**DATOS DE RESIDENCIA Y CORRESPONDENCIA**

Dirección de Residencia	Ciudad y Departamento	Estrato	Telefono Fijo	Celular
Barrio	Tipo de Vivienda	Correo Electrónico		

**DATOS LABORALES**

Pensionado	Empleado	Independiente	Otro	Cual? _____
Fondo de Pensión	Nombre de la Empresa		Fecha Ingreso Empresa	Cargo Empresa
Fecha de Pensión (dd-mm-año)	Dirección y Ciudad Empresa		Telefono Empresa	Correo Electrónico Empresa

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales	Total Activos	Total Pasivos	Total patrimonio

**OPERACIONES MONEDA EXTRANEJRA**

¿Realiza Operaciones en moneda extranjera?	SI	NO	¿Cuáles? _____
¿Tiene Cuentas en moneda extranjera?	SI	NO	No. Cuenta _____
Banco	Moneda	Ciudad	Pais

**PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA( Persona Natural)**

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	SI	NO	Cargo: _____
Fecha de Vinculación	Fecha de Desvinculación		
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público?	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, especifique: cargo que ocupa, recursos públicos, etc:
Nombre Conyugue	Número Cédula		
Familiares 1er Grado de consanguinidad (Hijos, Padres)			
Familiares 2do Grado de consanguinidad (Abuelos, Nietos, Hnos)			

¿Existe un vinculo entre usted y una persona politicamente expuesta?	SI	NO	Nombre
			Nit

Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a COOMUNIDAD y/o de sus encargados, para tratar mis datos personales de manera confidencial y segura cumpliendo los principios previstos en la ley 1581 de 2012, su decreto reglamentario y acorde con la Política de manejo de datos implementada por la COOPERATIVA DE CREDITO Y SERVICIO COMUNIDAD la cual se puede consultar en el portal www.coomunidad.com. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

\_\_\_\_\_

Firma Asociado

**VERIFICACIÓN LISTAS**

¿El Asociado presenta coincidencias en listas?	SI	NO
En caso Positivo indique en cual		
Verificado en listas por:		
Área:	Departamento de Riesgos	
Fecha:	Hora:	
Firma:		