



Coopinem
Cooperativa de Ahorro y Crédito

NIT. 890.981.212-2

coopinem@coopinem.com
www.coopinem.com

Agencia Centro Medellín
Calle 50 No 46-36 Edificio
Furaterna / Oficina 706
PBX: 251 02 26

Agencia San Antonio de Prado
Carrera 9 No 9-18 / Local 109
Mall de Cootrasana
Teléfonos: 286 56 62 / 286 76 77

Agencia Ebéjico
Parque Principal
Teléfono: 856 22 22

Extensión de Caja INEM
Carrera 48 No 1-125
Teléfono: 266 46 00 Ext. 116

Agencia Fredonia
Calle 49
Edificio Judicial
Teléfono: 840 16 99

Extensión de Caja Sevilla
Parque Principal
Teléfono: 857 70 80

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Fecha de recepción:

No Id _____
Radicado _____
Oficina _____

1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres: _____
Número de Identificación: _____ Expedida en: _____ C.C. T.I. C.E. Pasaporte
Fecha de Expedición: Día Mes Año Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: Día Mes Año
Estado Civil: Soltero Casado Viudo Separado Unión Libre Mujer Cabeza de Familia Personas a cargo _____
Nivel de Estudios: Primaria Secundaria Tecnólogo Profesional Especialización Titulo Obtenido: _____

2. INFORMACIÓN DE UBICACIÓN

Dirección Domicilio: _____ Teléfono: _____
Celular: _____ Barrio: _____ Estrato: _____
Municipio: _____ Departamento: _____ Teléfono Alternativo: _____
Tipo de Residencia: Propia Arrendada Familiar E-mail: _____
Envío de correspondencia: Residencia Empresa Otra ¿Cuál _____ ciudad _____

3. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa donde labora: _____ **Empresa** Oficial Privada **Jornada** Diurna Nocturna
Dirección Trabajo: _____ Barrio: _____ Municipio: _____ Departamento: _____
Teléfono: _____ Ext: _____ Fax: _____ Cargo: _____
Fecha de Ingreso: Día Mes Año Período Deducción: Mensual Quincenal Catorcena Semanal Diario
Tipo de Contrato: Indefinido A Terminio Fijo N° Meses _____ N° Renovaciones _____
 Labor Contratada Prestación de Servicios Verbal Ninguno
Ocupación, oficio o profesión: _____
Administra recursos públicos: Si No Actividad económica: _____ CIU _____

4. REFERENCIAS

Personal Nombre _____ Tel. 1 _____ Tel. 2 _____
Familiar Nombre _____ Tel. 1 _____ Tel. 2 _____
Financiera Entidad _____ Tel. _____ Producto _____ No Cta. _____
Entidad _____ Tel. _____ Producto _____ No Cta. _____
Comercial Nombre establecimiento _____ Tel. _____
Si no ingresa referencia Financiera y/o comercial, indicar he tenido nunca _____ cta. cerrada _____

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

Salario básico mensual \$ _____ Gastos Familiares \$ _____
Otros Ingresos \$ _____ Otros Egresos \$ _____
Procedencia _____ Procedencia _____
TOTAL INGRESOS MENSUALES _____ **TOTAL EGRESOS MENSUALES** _____
Activos:
Bien Raíz 1 _____ Valor comercial \$ _____ Hipoteca a favor de _____
Bien Raíz 2 _____ Valor comercial \$ _____ Hipoteca a favor de _____
Vehículo 1 _____ Modelo _____ Placa _____ Valor comercial \$ _____ Prenda a favor de _____
Vehículo 2 _____ Modelo _____ Placa _____ Valor comercial \$ _____ Prenda a favor de _____
TOTAL ACTIVOS (incluya ctas bancarias y bienes)\$ _____ **TOTAL PASIVOS (deudas Financieras y otros)\$** _____

SI A LA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO NO HAY MODIFICACIONES EN SUS DATOS , FAVOR MARQUE LA SIGUIENTE CASILLA

FIRMA ASOCIADO: _____

Asesor de Servicios

Observaciones de la entrevista

Fecha

Hora

Verificación

INSCRITA EDUCACOFOP

VIGILADA SUPERSOLIDARIDAD

COIMPRESOS PBX 239 39 35 MED