

Oficina:	Tipo de auxilio solicitado: Beca <input type="checkbox"/> Fondo Solidario <input type="checkbox"/> Primaria / Bachillerato <input type="checkbox"/>	Ingreso a COOPANTEX:	Fecha Solicitud:
----------	--	----------------------	------------------

INFORMACION DEL ASOCIADO

Nombres y Apellidos Completos:		Documento de Identidad:	Estado Civil:	
Direccion de Residencia:		Telefono:	No. Celular:	Estrato: 1 2 3 4 5
Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Cuota mes / Arrendamiento: \$ _____	Hipoteca: a: _____ \$ _____	
Correo Electronico:		Barrio:	Ciudad:	Departamento:
Nombre de la empresa:	Fecha de Ingreso:	Ocupacion o Cargo Actual:	Ingresos Mensuales: \$ _____	Telefono Empresa:

INFORMACION DEL CONYUGE

Nombres y Apellidos Completos:		Documento de Identidad:	Ocupacion o Cargo Actual:	
Nombre de la empresa:	Fecha de ingreso:	Ingreso Mensuales: \$ _____	Ingresos Familiares Mensuales: \$ _____	

CONFORMACION DEL GRUPO FAMILIAR

Nombres y apellidos	Edad	Ocupacion	Empresa	Ingresos	Parentezco

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombres y Apellidos Completos:		Lugar y fecha de nacimiento:	Documento de Identidad:	
Correo Electronico:		Telefono:	No. Celular:	
Estudios Realizados	Establecimiento educativo		Año de culminacion	
Primaria:				
Secundaria:				
Profesion que desea estudiar:	Universidad:	Municipio:	No. Semestres: Total: _____ A cursar: _____	

REFERENCIAS DEL ASOCIADO

Nombres y Apellidos Completos	Ocupación	Telefono

El asociado recibido anteriormente auxilios en COOPANTEX: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En que año: _____		Nombre completo del estudiante beneficiado: _____	
Documento de Identidad: No. _____	Entidad educativa: _____	Programa/ Grado: _____	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a COOPANTEX de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca para tratar mis datos personales dentro de los lineamientos establecidos por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y su Política de Tratamiento de Datos Personales. Mis datos serán tratados para dar cumplimiento a los fines relacionados con el objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales, de atención al cliente, mercadeo, procesamiento, investigación, acreditación, actualización, reporte y estadística. Igualmente declaro que me fue informado mi derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente a la Cooperativa en su condición responsable del tratamiento. Asimismo, reconozco mi obligación de informar inmediatamente ante COOPANTEX, por escrito y oportunamente, con sus respectivos soportes documentales exigidos, cualquier cambio que se presente en la información por mí suministrada ante la Cooperativa. Igualmente me comprometo a actualizar mis datos personales con una periodicidad anual, de acuerdo a las normas legales. Del mismo modo, autorizo voluntaria e irrevocablemente el envío de mensajes a mi terminal móvil de telecomunicaciones y/o a través de correo electrónico, de información comercial, legal, de productos, de seguridad y servicios, los cuales están sometidos a las características y condiciones del servicio particular.

SI NO

PRS-FT-001

FIRMA DEL ESTUDIANTE
CC. O TI._____
FIRMA DEL ASOCIADO
CC.