

	FORMATO	Código: M-BIE-F-01
	SOLICITUD ESTÍMULO EDUCATIVO	Versión: 6
Agencia	F. Radicación	
DATOS DEL ASOCIADO SOLICITANTE		
Documento de Identidad	Nombres y Apellidos	
DATOS DEL ESTUDIANTE		
Documento de Identidad	Nombres y Apellidos	Edad
Correo electrónico	Teléfono celular	
Programa académico	Universidad	No. Semestre cursado
Promedio del Periodo	Sector	Ciudad de estudio
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Como Titular de mis datos personales (o del menor de edad que represento) autorizo a COOPROFESORES para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación y/o supresión de mis datos personales y de mis representados de quienes, bajo la gravedad de juramento, manifiesto contar con la respectiva autorización conforme a la ley, para las siguientes finalidades: 1) Verificar y validar la información suscrita en este formulario y anexa a la solicitud. 2) Contactarme por cualquier medio con respecto a la presente solicitud. 3) Hacer seguimiento y evaluación a la información suministrada. 4) Realizar la actualización de los datos personales que reposan en las bases de datos de COOPROFESORES . 5) Contactarme en el marco de campañas publicitarias, comerciales y/o de mercadeo llevadas a cabo por COOPROFESORES . 6) Realización de encuestas, estudios, seguimientos y análisis relacionados con el otorgamiento del estímulo educativo otorgado por COOPROFESORES . 7) Enviar información a terceros, en Colombia o el exterior, con los que COOPROFESORES tenga convenios, relaciones contractuales o similares, en la medida en que sea necesario para el cumplimiento y ejecución de las finalidades descritas en esta autorización, siempre y cuando esto no afecte mi intimidad o mi buen nombre (o la de mi representado). 8) Las demás contenidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales adoptada por COOPROFESORES y que se relacionen con la solicitud del auxilio de solidaridad, la cual declaro conocer y poder consultarla en la página web https://www.coopprofesores.com/		
DATOS DE MENORES DE EDAD. En caso de actuar en calidad de representante legal del menor de edad que represento y respecto del cual diligencio y anexo información, declaro que he sido informado que estos datos a suministrar corresponden a una categoría de especial protección legal y constitucional y de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 no estoy en la obligación de suministrarlos, siempre y cuando estos no sean esenciales para la prestación adecuada del estímulo que solicito o que ello no vulnere otros derechos superiores, sean estos individuales o colectivos de otros Titulares. Que teniendo en cuenta el carácter facultativo del suministro de los datos de especial protección de menores de edad, he sido informado que el tratamiento responde al principio constitucional del interés superior del menor y declaro de manera VOLUNTARIA que autorizo a “COOPROFESORES” para recolectar, almacenar, usar, circular y/o suprimir los datos de menores de edad suministrados en este formato y con motivo de la solicitud del auxilio educativo. En este sentido, tengo pleno conocimiento de que, en caso de no suministrar esta información, COOPROFESORES tendrá total autonomía de clasificarme como NO BENEFICIARIO DEL AUXILIO EDUCATIVO .		
DECLARACIONES Declaro conocer que he sido informado que tengo (al igual que mis representados) el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, así como el de solicitar prueba de la presente autorización, a ser informados sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a acceder en forma gratuita a ellos, a revocar la presente autorización (en la medida que sea permitido por las leyes colombianas), a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracción a la ley de protección de datos personales y a solicitar la supresión de dichos datos (siempre y cuando sea procedente en los casos establecidos por la ley). Tengo claridad (lo cual le comunicaré a mis representados) de que podemos ejercer estos derechos a través del correo electrónico contacto@coopprofesores.com . Declaro que la información consignada y suministrada en este formulario y anexa a la solicitud es veraz, exacta, completa y actualizada, y asumo plena responsabilidad por la veracidad de estos, aceptando que cualquier inexactitud en los datos suministrados o la imposibilidad de confirmarlos, dará derecho a COOPROFESORES a clasificarme como NO BENEFICIARIO DEL AUXILIO EDUCATIVO .		
Firma Asociado	Firma estudiante si es mayor de edad	Firma Colaborador que radica
ESPACIO RESERVADO PARA COOPROFESORES		
VERIFICACIÓN SOPORTES		
Certificado de Notas o Polígrafo Original ☐	Registro Civil (Para Hijo de Asociado) ☐	
VALIDACIÓN CONDICIONES Y REQUISITOS		
Habilidad Aportes ☐	Habilidad Cartera ☐	
No. Solicitud	F. Vinculación	
OBSERVACIONES DE APROBACIÓN / NEGACIÓN		
DATOS DEL ASOCIADO SOLICITANTE		
Nombres y Apellidos		
No. Solicitud	No. Identidad	
F. Radicación	Usuario que Radica	