



ENCUESTA-DIAGNOSTICO- ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS ASOCIADOS DE COOSERVUNAL.

Nombre del Encuestador: _____

Fecha _____ Ciudad _____ Agencia Cooservunal _____

A. Tipo de Asociado.

Empleado _____ Docente _____ Jubilado _____ Estudiante _____ Independiente _____

B. Datos Personales

1. Nombre completo y apellidos: _____
2. Número de identificación: _____ CC _____ TI _____ CE _____ PAS. _____
3. Fecha de nacimiento: Año _____ Mes _____ Día _____ Municipio: _____ Dpto _____
4. Edad: _____
5. Sexo: M _____ F _____
6. Estado civil _____ Mujer cabeza de familia: Si _____ No _____
7. Número de Hijos _____
8. Personas a cargo _____
9. Dirección de residencia: _____ Municipio _____ Dpto _____
10. Teléfono fijo residencia: _____ Celular: _____
11. Correo electrónico: _____
12. Ocupación, oficio o profesión: _____

C. Información Grupo Familiar.

NOMBRE	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO DD / MM / AA	OCUPACIÓN	NIVEL ACADEMICO	PROFESION
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

D. Información Beneficiarios

En el siguiente cuadro indique a que persona dejaría como beneficiario de sus aportes y ahorros en caso de fallecimiento ó inhabilidad física ó mental.

NOMBRE	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO DD / MM / AA	OCUPACIÓN	NIVEL ACADEMICO	PROFESION
1.							

E. Información Laboral.

1. Empresa donde labora: _____
2. Cargo: _____ Dependencia: _____
3. Dirección: _____ Oficina: _____ Bloque: _____
4. Teléfono: _____
5. Antigüedad Laboral: _____
6. Tipo de Contrato: Indefinido ___ Fijo ___ ODS ___ Obra labor ___ Independiente ___
7. Salario devengado: _____

F. Información Socio-Económica

1. Ingresos Mensuales: _____ Otros Ingresos: _____
2. Egresos mensuales: _____
3. Total Activos: _____ Total Pasivos: _____
4. Realiza operaciones en Moneda Extranjera: Si ___ No ___
5. Número de cuenta en Moneda Extranjera: _____ Banco _____ Ciudad _____
6. Estrato Socio-económico de Residencia _____
7. Posee casa Propia: Si ___ No ___
8. Posee vehículo: Si ___ No ___
9. Otros bienes: Si ___ Cuáles _____ No ___
10. Otras personas de su núcleo familiar aportan económicamente al sostenimiento del grupo Si ___ No ___

G. Sentido Cooperativo

1. Ha realizado algún tipo de capacitación en temas cooperativos Si ___ No ___
2. Ha participado como delegado o ha sido integrante de comités de la Cooperativa Si ___ No ___
3. Le gustaría recibir capacitación en Cooperativismo Si ___ No ___ En que horarios: _____
4. Considera usted que las cooperativas son diferentes de las entidades financieras Si ___ No ___
- 5.Cuál es la apreciación sobre su cooperativa: Buena ___ Regular ___ Mala ___
6. Recibe la información que la cooperativa envía a sus asociados: Si ___ No ___
7. La información que recibe es a través de: Correo Electrónico ___ Teléfono ___ Volante ___ Pantallas LCD
Oficinas ___ Pag. Web ___ Cartelera ___ Otro _____

H. Hábitos y preferencias.

1. Práctica algún deporte: Si ___ No ___ Cuál: _____
2. Desarrolla alguna actividad artística o cultural Si ___ No ___ Cuál _____
3. Participa de las actividades recreativas y culturales que realiza la cooperativa: Si ___ No ___
4. En cuales participa: _____
5. Qué actividad le gustaría que la Cooperativa realice para que usted participe con su grupo familiar: _____
6. Qué actividad le gustaría que la cooperativa realice para que participen sus hijos: _____

Firma del Asociado _____