



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD COOMULTRASALUD
890.207.530-1

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y/O VINCULACIÓN
PERSONA NATURAL

| Fecha de Solicitud: | | | Ciudad | Clase de Asociado |
|---------------------|----|----|--------|---|
| AAAA | MM | DD | | Pensionado ___ Trabajador Sector Salud: ___ Grupo Familiar ___ Reingreso ___ Profesionales referidos: ___ |

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

| | | | |
|---|------------------|--|---|
| Primer apellido: | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| Tipo de Documento: C.C. ___ T.I. ___ R.C. ___ | | Número de Documento | Lugar de Expedición: AAAA ___ MM ___ DD ___ |
| Fecha de Expedición: AAAA ___ MM ___ DD ___ | | Ciudad/ | Nacionalidad: Edad: Género: M: ___ F: ___ |
| Estado civil: Soltero: ___ Casado: ___ Divorciado: ___ Viudo: ___ Unión Libre: ___ | | Número de personas a cargo: Adultos ___ Menores de Edad: ___ | Cabeza de Hogar: SI ___ NO ___ |
| Tipo de Vivienda: Propia ___ Arrendada: ___ | | Estrato: ___ | |
| Nivel de estudios: Primaria ___ Secundaria ___ Técnico ___ Tecnólogo ___ Universitario ___ | | Zona de Ubicación: Rural ___ Urbano ___ | Dirección de Residencia: ___ |
| Especialización: ___ otro ___ | | Barrio | Departamento |
| Teléfonos: ___ | | Número de celular: ___ | |
| Dirección de Correo Electrónico: ___ Envío de correspondencia: Residencia: ___ Oficina: ___ Mail: ___ | | | |

1.1. INFORMACION DEL ASOCIADO CON CALIDAD DE PEP" PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

| | | |
|--|--|--|
| Tipo de PEP SI ___ NO ___ En caso de identificarse como PEP diligenciar la Declaración de PEP. | Registre el cargo de la persona expuesta publicamente PEP: ___ | Clasificación del PEP: Empleado Público: ___ Maneja Recursos Públicos ___ Goza de Reconocimiento Público ___ |
| Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional | SI ___ NO ___ | Niños, niñas y adolescentes ___ Mayores de 60 años ___ Persona con discapacidad física, mental o sensorial ___ Mujer cabeza de familia ___ Víctima del conflicto armado ___ Persona en condición de pobreza extrema ___ Pueblos indígenas ___ Población diversa/LGTBIQ+ ___ Población Afrocolombiana ___ Otro ___ Cual? ___ |

2. DATOS LABORALES

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Nombre de la empresa o negocio: ___ | Dirección de la empresa: ___ | Ciudad/Departamento: ___ | Teléfono: ___ |
| Cargo: ___ | Profesión: ___ | Tipo de Contrato: Término Fijo: ___ Término Indefinido ___ P. Servicios: ___ | Tipo de Empresa: Pública ___ Privada ___ Mixta ___ |
| Código del CIU/RUT: ___ | Descripción de la actividad económica: ___ | Fecha de Ingreso: ___ | |

3. INFORMACION FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | PATRIMONIO |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--|
| Sueldo/pensión: \$ | | Arriendos \$ | | Total Activos: \$ |
| Honorarios/Comisiones \$ | | Gastos Personales \$ | | Total Pasivos: \$ |
| Ventas \$ | | Costos de Operación: \$ | | Fecha corte de la información financiera: AAAA ___ MM ___ DD ___ |
| Otros ingresos \$ | | Otros Egresos: \$ | | Declaración de renta: SI ___ NO ___ |
| Total Ingresos \$ | | Total Egresos: \$ | | Detalle el campo otros ingresos: ___ |

4. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

| | | | | |
|---|---|----------|--------|---------|
| Realiza operaciones en moneda extranjera: SI ___ NO ___ | Tipo de Transacción: Importación: ___ Exportación: ___ Inversiones: ___ Préstamo: ___ Transferencia: ___ Otra: ___ | | | |
| Tipo de Producto | Número del Producto | Entidad: | Monto: | Ciudad: |

FIRMA DEL ASOCIADO C.C.



5. REFERENCIAS

5.1. REFERENCIA FAMILIARES

| | | |
|---------------------|---------------------|----------------|
| Nombres y Apellidos | Parentesco | Dirección |
| Barrio | Ciudad/Departamento | Número Celular |
| | | Teléfonos |

5.2. REFERENCIAS PERSONALES

| | | |
|---------------------|---------------------|----------------|
| Nombres y Apellidos | Parentesco | Dirección |
| Barrio | Ciudad/Departamento | Número Celular |
| | | Teléfonos |

Nombre del asociado principal del Grupo Familiar y/o Asociado que lo refiere y presenta:

6. INFORMACION ADICIONAL

En caso de fallecer, dejo mis Aportes y demás valores a mi favor, previo cruce de mis obligaciones a: Nombres y Apellidos/ registre el parentesco:

7. DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____, identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. _____, de _____, obrando de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado en la Circular Básica Jurídica de 2015 en el capítulo IX del título III modificado por la circular externa 04 de enero 27 de 2017 emitida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, así como las siguientes normas relacionadas a continuación: El Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 Estatuto Anticorrupción, las cuarenta recomendaciones del GAFI entre otras normas legales concordantes.

1. Los recursos que manejo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) _____

2. Declaro que si poseo ingresos adicionales: especifique: _____

3. Declaro que los recursos recibidos de la cooperativa por otorgamiento de crédito, no serán destinados a ninguna actividad ilícita de las contenidas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

4. No admitiré que terceros efectúen pagos a mi nombre con fondos provenientes de las actividades ilícitas contenidas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

5. Autorizo a COOMULTRASALUD para acelerar el cobro de cualquier obligación pendiente y para dar por terminado unilateralmente mi asociación en COOMULTRASALUD, en caso de inexactitud, información falsa o incumplimiento de lo aquí indicado bajo gravedad de juramento.

8. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Autorizo a COOMULTRASALUD:

1. A verificar mi información y consultar mi comportamiento financiero en las centrales de riesgo, así como a reportar ante éstas la mora o incumplimiento de obligaciones y en general mi comportamiento respecto de las obligaciones adquiridas con COOMULTRASALUD.

2. Debitar de mis saldos a favor, todos los valores originados en las operaciones y servicios que COOMULTRASALUD me suministre.

3. A tratar, directamente o a través de sus Encargados, la información suministrada con el fin de analizar mi perfil para efectos de estudiar, discutir, tratar y decidir mi vinculación como asociado de esta Cooperativa, promocionar y gestionar todos los servicios de crédito, capacitación y demás servicios que ofrece o llegara a ofrecer COOMULTRASALUD; enviar información de la Cooperativa o de los convenios vigentes con otras entidades o personas a través de correo electrónico o mensajes de texto, invitar y desarrollar reuniones de las cuales, además, se tomará un registro fotográfico que se utilizará para informes internos de los eventos y para archivo, para cumplir con los requerimientos de información de autoridades, elaborar informes y/o estadísticas internas para medir la gestión de la Cooperativa, para hacer cobro pre-jurídico y jurídico de las obligaciones, y en general para el cumplimiento de las obligaciones legales exigibles a las entidades del sector solidario y financiero. Al respecto, declaro que he sido informado por COOMULTRASALUD: a) que es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, salvo que exista una obligación legal para tratar esos datos, entendiéndose por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, los datos biométricos, y condiciones especiales como discapacidad, desplazamiento, condición de padre-madre cabeza de familia, entre otros; b) que como titular de los datos aquí suministrados cuento con los derechos de acceso, rectificación, actualización, revocación de la autorización y supresión, los cuales puede ejercer escribiendo a INFO@COOMULTRASALUD.COM o diligenciando el formato "Ejercicio del Derecho de Habeas Data" (disponible en www.coomultrasalud.com y en nuestra oficina) y entregándolo en la Calle 30A No. 33B-10 en Bucaramanga (Santander), c) que COOMULTRASALUD cuenta con una Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en www.coomultrasalud.com.

4. El asociado se obliga a actualizar los datos por escrito y oportunamente, o cuando se presente cualquier cambio en los datos, cifras y demás información suministrada en la cooperativa, así como, presentar los documentos mínimos establecidos y actualizar la información por lo menos una vez al año de conformidad con la normatividad vigente. En caso de suministrar información falsa, no verificable, o negarme a actualizar la información, la cooperativa podrá declarar por terminada la relación comercial de acuerdo con las normas internas de la cooperativa.

9. DOCUMENTACION REQUERIDA

1.- Diligenciar formulario solicitud de afiliación

2.- Fotocopia de la Cedula de ciudadanía ampliada al 150%

3.- Carta laboral y certificación de ingresos y/o declaración de renta dos últimos años gravables

4.- Profesionales referidos: Copia del diploma de profesional o certificación que acredite su título profesional

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICAR LA INFORMACION

Fecha de verificación de la información:

AAAA ____ MM ____ DD ____ Hora:

Nombres y apellidos de la persona que realizó la verificación de los datos:

Observaciones:

Firma responsable de verificación de los datos:

APROBADO POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

AUTORIZACION DE GERENCIA

Fecha: AAAA: ____ MM: ____ DD: ____

Acta No.

Firma