



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

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y/O VINCULACIÓN  
PERSONA NATURAL

<b>Fecha de Solicitud:</b>			<b>Ciudad</b>	<b>Clase de Asociado</b>				
AAAA	MM	DD		Pensionado <input type="checkbox"/>	Trabajador Sector Salud: <input type="checkbox"/>	Grupo Familiar <input type="checkbox"/>	Reingreso <input type="checkbox"/>	Profesionales referidos: <input type="checkbox"/>

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

Primer apellido:		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre			
C.C. ____ T.I. ____ P. P: ____		Número de Documento		Lugar de Expedición:		Fecha de Expedición: AAAA ____ MM ____ DD ____			
Fecha de Nacimiento: AAAA ____ MM ____ DD ____		Ciudad		Nacionalidad:		Edad:	Género: M: ____ F: ____		
Estado civil: Soltero: ____ Casado: ____ Divorciado: ____ Viudo: ____ Unión Libre: ____		Nombre Conyuge: _____ No. de Documento: _____		# de personas a cargo:		Cabeza de Hogar: SI ____ NO ____		Tipo de Vivienda: Propia ____ Arrendada: ____ Familiar ____	
Nivel de estudios: Primaria ____ Secundaria ____ Técnico ____ Tecnólogo ____ Universitario ____ Especialización ____ otro ____ Cuál? _____				Zona de Ubicación: Rural ____ Urbano ____		Dirección de Residencia:			
Barrio		Estrato	Ciudad	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: ____ Manejo 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 ____	
<b>Total Ingresos</b>	<b>\$</b>	<b>Total Egresos:</b>	<b>\$</b>	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:	

HUELLA

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		

**6. INFORMACION ADICIONAL**

En caso de fallecer, dejo mis Aportes y demás valores a mi favor, previo cruce de mis obligaciones a:

No. de identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento DIA   MES   AÑO	Beneficiario SI/NO	%
R.C ___ Nuiip ___ T.I ___ C.C ___ No						
R.C ___ Nuiip ___ T.I ___ C.C ___ No						
R.C ___ Nuiip ___ T.I ___ C.C ___ No						
R.C ___ Nuiip ___ T.I ___ C.C ___ No						

**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:

- 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.
- Debitar de mis saldos a favor, todos los valores originados en las operaciones y servicios que COOMULTRASALUD me suministre.
- 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 los canales de comunicación y en los horarios establecidos en el reglamento de crédito, dando cumplimiento a la ley 2300 de Julio del 2023, 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](http://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](http://www.coomultrasalud.com).
- 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**

- Diligenciar formulario solicitud de afiliación
- Fotocopia de la Cedula de ciudadanía ampliada al 150%
- Carta laboral y certificación de ingresos y/o declaración de renta dos últimos años gravables
- 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:
<b>Observaciones:</b>	<b>Firma responsable de verificación de los datos:</b>
<b>APROBADO POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN</b>	<b>AUTORIZACION DE GERENCIA</b>
<b>Fecha:</b> AAAA: ____ MM: ____ DD: ____	<b>Acta No.</b> <b>Firma</b>