



NIT: 830 113 916 - 8

FORMATO ASOCIACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

Ciudad: _____ Fecha: Día | Mes | Año **Seleccione una opción:** Asociación Reingreso Actualización de datos

Perfil del asociado Profesional adscrito Keralty Profesional de la Salud empleado Empleados Keralty Agencia exclusiva

Empleado CPS Familiar Nombre del familiar: _____ cc: _____

Información personal

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Tipo de documento: CC C.E PAS N° de Identificación: _____ Lugar y fecha de expedición: _____ Día | Mes | Año

Dirección de domicilio: _____ Teléfono domicilio: _____ Ciudad/Dpto domicilio: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Lugar y Fecha de nacimiento: _____ Día | Mes | Año

Nacionalidad: _____ ¿Tiene otra nacionalidad?: Si No Cual: _____ Sexo: M F Número de hijos: _____ Personas a cargo: _____ Estrato: _____

Estado Civil: _____ Nombre del cónyuge o compañero(a) permanente: _____ No. de identificación: _____

Información académica y económica

Preparación académica y profesional: Universitario: Especialización: ¿Otro?: Cual: _____ Ocupación/ Oficio/ Profesión: _____

Actividad Económica principal: Empleado: Estudiante: Hogar: Pensionado: Independiente: ¿Otro?: Cual: _____

Código CIU: _____ Descripción de actividad económica: _____

Empresa actual: _____ Ciudad: _____ Dirección de la empresa: _____

Teléfono de la empresa: _____ ext.: _____ Correo corporativo: _____

Tipo de contrato: Indefinido: Fijo: ¿Otro?: Cual: _____ Cargo: _____ Fecha de ingreso: Día | Mes | Año

Determinación de aportes

Valor cuota asociación: \$ _____ Valor aporte mensual: \$ _____
(Se cobrará una sola vez y no será reintegrada al momento del retiro) Fosi: 3% de los aportes

Forma de pago

Nómina: Débito bancario:
Honorarios: Consignación y/o transferencia (PSE):

Información financiera

Declara renta: Si No **Tipo de vivienda:** Familiar: Arrendada: Propia:

Ingreso mensual: \$ _____ Total egreso mensual (obligaciones crediticias y sostenimiento): \$ _____ Activos: \$ _____

Otros ingresos: \$ _____ Pasivos: \$ _____ Patrimonio: \$ _____

Total ingresos: \$ _____

Indique el concepto de otros ingresos: _____

Realiza operaciones en moneda extranjera: Si No Realiza operaciones en criptomonedas: Si No ¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si No Banco: _____

Ciudad: _____ Pais: _____ Moneda: _____ N° de cuenta: _____

Persona expuesta públicamente

¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:

1. ¿Maneje recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos? Si No 2. ¿Tiene o goza de reconocimiento público? Si No 3. ¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública? Si No

4. ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? Si No Nombre: _____ Parentesco: _____

Información Bancaria

Banco: _____ Tipo de cuenta: Ahorros: Corriente: N° de cuenta: _____ N° de cédula: _____

Nombre del titular: _____

Beneficiarios de Derechos Económicos

Nombre	Tipo de documento	Número	Parentesco	Teléfono	Dirección	Correo electrónico	% de participación

Beneficiarios secundarios

Solicitud de servicios adicionales

Previsión exequial: Sí No Tipo de plan Coorserpark: Gerencial: Presidencial: Abuelos: Altamar: Mascotas:

Autorizaciones y Declaraciones

Autorizaciones de correspondencia

Autorizo recibir correspondencia por correo electrónico: [Sí](#) [No](#)

Autorizo recibir mensajes de texto (en horario laboral) a mi teléfono celular: [Sí](#) [No](#)

Autorizo recibir mi Estado de Cuenta únicamente por vía electrónica: [Sí](#) [No](#)

Declaración voluntaria de origen de fondos

Yo, actuando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de mis fondos a la Cooperativa de Profesionales Sanitas, con el propósito de dar cumplimiento a todas las normas concordantes en materia de administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo (SARLAFT):

1. Los recursos que devengo, así como los recursos y/o bienes entregados no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

2. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite por cada producto o servicio que utilice.

3. Autorizo, reconozco y acepto la facultad que tiene la Cooperativa de Profesionales Sanitas, de cancelar mis productos o servicios y de dar por terminado cualquier acuerdo, negocio o contrato que tenga vigente, en el evento que se identifique irregularidad en cualquiera de los numerales o información contenida en este documento, eximiendo a la Cooperativa de Profesionales Sanitas de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

4. Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mi Estado de Cuenta con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

5. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

Cumplimiento estatuto

Me comprometo a cumplir las normas de los estatutos de la Cooperativa de Profesionales Sanitas, las disposiciones y reglamentos de la misma, los cuales declaro conocer y aceptar.

Destrucción de la información

Autorizo a la Cooperativa de Profesionales Sanitas a destruir los documentos anexos a esta solicitud de asociación y/o solicitud de crédito, vencidos 60 días desde la notificación de su rechazo o aplazamiento si no lo hubiera reclamado.

Autorización de descuento

Autorizo a mi empleador para que descuente periódicamente de mi salario, honorarios o derechos económicos que resulten a mi favor y transfiera a la Cooperativa de Profesionales Sanitas las sumas correspondientes a los aportes sociales ordinarios u extraordinarios y demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vínculo de asociación aquí surgido. Mis cesantías, prestaciones sociales, sueldos, bonificaciones, indemnizaciones, y/o comisiones, así como cualquier otro derecho económico que resultare a mi favor, garantizan cualquier saldo a mi cargo y a favor de la Cooperativa de Profesionales Sanitas en caso de retiro de la empresa pagadora. Esta autorización tendrá vigencia hasta la terminación del vínculo asociativo. Es entendido que, en el evento de no verificarse el descuento de acá autorizado, me obligo a realizar oportunamente los pagos de dichos aportes en sus oficinas o mediante consignación en la cuenta y entidad que se indique. Para los efectos anteriores declaro que me comprometo a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias de la Cooperativa de Profesionales Sanitas, los cuales declaro conocer, así como los mandatos de sus órganos de administración y vigilancia. Cuota de ingreso: 10% de un SMMLV. Se cobrará una sola vez y no será reintegrada en el momento del retiro.

Habeas Data - Protección de datos personales

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en mi calidad de titular de la información, doy mi consentimiento para que mis datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es la Cooperativa de Profesionales Sanitas, de igual forma autorizo a la Cooperativa de Profesionales Sanitas y a las entidades que pertenezcan o llegaren a pertenecer como entes o grupos de control, para que compartan, compilen y remitan a las autoridades fiscales y reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados, y los que serán contratados a futuro, datos de contacto, movimientos y saldos, y cualquier otra información que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras de prevención de evasión fiscal o de LA / FT, así como aquellas que las regulen, modifiquen o sustituyan, con las siguientes finalidades:

1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, alianzas, estudios, para facilitar el acceso general a la información de éstos 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con clientes y proveedores 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos, cálculos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias y control de calidad. 4. El envío de información y publicidad, incluso por vía electrónica, sobre ofertas, productos, recomendaciones, servicios, promociones, obsequios y campañas de fidelización de la Cooperativa de Profesionales Sanitas y de las distintas entidades de su propiedad, o de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa de la Cooperativa de Profesionales Sanitas haya suscrito cualquier tipo de acuerdo, convenio y/o contrato lícito acuerdos de colaboración; la extracción, almacenamiento de datos y estudios de marketing al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil particular, tanto si se formaliza o no operación alguna, como en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente. Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos, exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, que correspondan al objeto social de la Cooperativa de Profesionales Sanitas.

5. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. La base de datos donde se recoge la información cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, a CPS a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de CPS, a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual. Así mismo, a los terceros con los que CPS establezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados, así como cualquier tipo de acuerdo, convenio y/o contrato lícito. Esta autorización permanecerá vigente mientras me encuentre asociado a CPS, excepto que tenga una(s) obligación(es) pendiente de pago posterior a mi retiro, caso en el cual la autorización estará vigente hasta pago total de la(s) misma(s) o hasta que sea revocada esta autorización de acuerdo a lo establecido en la ley. Para ejercer los derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre mis datos personales, tengo conocimiento que debo enviar la solicitud al correo electrónico: cps_sanitas@colsanitas.com o entregarla en las oficinas de la CPS ubicadas en Bogotá en la Calle 125 No. 21 A - 70 Of. 501.

Registro de firmas y huellas

NOTA: Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado a la Cooperativa de Profesionales Sanitas es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____

Firma solicitante:

Nombre: _____

C.C.,C.E., ó PAS No.: _____



Huella índice derecho

Firma tercero:

Nombre: _____

C.C.,C.E., ó PAS No.: _____



Huella índice derecho

¿Sus obligaciones la cancelará un tercero? [Sí](#) [No](#)

Nómina: _____

Información de entrevista

Lugar de la entrevista: _____

Fecha de la entrevista: Día | Mes | Año Resultado: Aceptado: Rechazado:

Observaciones: _____

Nombre del asesor responsable: _____

Firma asesor responsable: _____

c.c.: _____

Verificación de la información

Fecha de la verificación de la información: Día | Mes | Año Hora: _____

Observaciones: _____

Se presentaron inconsistencias en la información verificada: [Sí](#) [No](#)

Se realizaron las consultas y validaciones en las listas correspondientes. [Sí](#) [No](#)

Nombre de quien verifica la información: _____

Firma de quien verifica la información: _____

c.c.: _____