

FORMATO SOLICITUD DE SERVICIOS

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: Día | Mes | Año

Datos asociado principal

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

Tipo de documento: CC C.E. PAS N° de Identificación: _____ Lugar de expedición: _____

Ciudad de residencia: _____ Dirección de correspondencia: _____

Teléfono residencia: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Empresa donde labora: _____ Cargo: _____

Teléfono de oficina _____ Ext. _____ Dirección de oficina: _____

Servicio a solicitar

	Servicio	Cantidad	Valor
Recreación			
Cine Colombia	Bono 2D		
	Combo 1		
	Combo 3		
	Cinecombito		
Cinemark	Bono 2D		
	Combo 1		
	Combo 3		
	Combo infantil		
Otros servicios de recreación	Mundo Aventura		
	Salitre Mágico		
	Parque Nacional del Café		
	Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____		
Cultura			
	El Tiempo		
	Semana		
	El Espectador		
	Teatro Nacional		
	Teatro Mayor J.M.S.D		
Servicio / Convenio comercial			
Descripción del servicio: _____			
Salud			
Pines de medicina prepagada	Colsanitas		
	Medisanitas		
	Plan Dental		
	No. de contrato: _____ - _____ Familia: _____		

Forma de pago

Consignación Descuento Transferencia No. de cuotas (1 a 6): _____

Mandato

¿Sus obligaciones las cancelará un tercero?

SI NO

Con base en el acuerdo solidario encargo expresamente a la Cooperativa de Profesionales Sanitas (CPS) para que a mi favor adquiera, a cualquier título, el (los) bien (es) y/o servicio(s) que se indica(n) en esta solicitud y en general todos aquellos que proporcionen bienestar al(la) suscrito(a) y su grupo familiar y a ello se compromete gratuitamente la Cooperativa con la aceptación expresa o táctica de este mandato.

Autorizaciones y Declaraciones

Autorizaciones de correspondencia

Autorizo recibir correspondencia por correo electrónico: Si No

Autorizo recibir mensajes de texto (en horario laboral) a mi teléfono celular: Si No

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.

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.

Habes 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

NOTA: Con mi firma acepto que tengo conocimiento de las fechas de vencimiento de los servicios solicitados, sobre los cuales no se realizará devolución y cambio, aceptando términos y condiciones de estos.

Firma
solicitante:

Nombre: _____

C.C.,C.E. ó PAS No.: _____

Firma
tercero:

Nombre: _____

C.C.,C.E. ó PAS No.: _____