Cooperativa de Profesionales Sanitas

NIT: 830 113 916 - 8

FORMATO SOLICITUD DE CRÉDITO

Deudor principal ☐ Codeudor ☐
Copropietario ☐ Tercero ☐

Ciudad: _____ Fecha: Día | Mes | Año No. de Radicación: _____

Modalidad de crédito

Modalidad: _____ Monto: _____ Plazo: _____ Destinación: _____ Obligación a recoger: _____
Modalidad: _____ Monto: _____ Plazo: _____ Destinación: _____ Obligación a recoger: _____
Modalidad: _____ Monto: _____ Plazo: _____ Destinación: _____ Obligación a recoger: _____

Garantías

Codeudor ☐ Hipoteca ☐ Fondo de Garantías ☐ Acciones ☐ Vehículo ☐ Aportes ☐ Otro, ¿Cuál?: ☐ _____

En caso de seleccionar codeudor, por favor diligenciar los siguientes datos:

Nombre completo: _____ Identificación: _____ Teléfono: _____

Información personal

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

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

Lugar y Fecha de nacimiento: _____ Día | Mes | Año Género: M F Estado Civil: _____ Número de hijos: _____ Personas a cargo: _____

Ciudad de residencia: _____ Barrio: _____ Dirección de residencia: _____

Estrato: _____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Indique el vínculo de asociación: Profesional Adscrito ☐ Profesional de la salud empleado ☐ Agencia exclusiva ☐ Empleado CPS ☐
Familiar de asociado ☐ Nombre de familiar: _____ C.C: _____

Información laboral

Ocupación/ Oficio/ Profesión: _____ Especialidad: _____

Actividad Económica principal: Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Asalariado ☐ Pensionado ☐ Independiente ☐ Otro, ¿Cuál?: _____

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

Teléfono de la empresa: _____ Correo electrónico: _____ Salario: $ _____

Tipo de contrato: Indefinido ☐ Fijo ☐ Servicios ☐ Adscrito ☐ Cargo: _____ Fecha de ingreso: Día | Mes | Año

Información financiera

Ingreso mensual: $ Otros ingresos: $ Comisiones: $ Total ingresos: $

Egreso mensual: $ Indique el concepto de otros ingresos: _____

Activos: $ Pasivos: $ Patrimonio: $

Declara renta: Si No ***Si su respuesta es afirmativa anexe a esta solicitud fotocopia de la declaración de renta.*** Realiza operaciones en moneda extranjera: Si No

Patrimonio

Tipo de vivienda: Familiar ☐ Arrendada ☐ Propia ☐

Terrenos y bienes raíces

Tipo de inmueble: _____ Valor comercial: _____ Dirección: _____ Departamento: _____
Tipo de inmueble: _____ Valor comercial: _____ Dirección: _____ Departamento: _____

Maquinaria y vehículos

Clase: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Placa: _____ Valor comercial: _____
Clase: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Placa: _____ Valor comercial: _____

Persona expuesta públicamente

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si: ☐ No: ☐ ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si: ☐ No: ☐

¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general? Si: ☐ No: ☐

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmada por favor especifique _____

¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con las características anteriores? Si: ☐ No: ☐

Si su respuesta es Si, por favor especifique nombre completo _____

Referencias

Nombre y apellido: _____ Vínculo familiar: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____
Nombre y apellido: _____ Vínculo personal: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____

Forma de desembolso

Transferencia ☐ Cheque ☐ Cheque de gerencia ☐

Nombre del titular: _____

Banco: _____

Tipo de documento: C.C. C.E. PAS NIT Identificación: _____

No. de cuenta: _____

Tipo de cuenta: Ahorro ☐ Corriente ☐

Autorizaciones y Declaraciones

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.

Autorización para cargar otros conceptos

Autorizo a la Cooperativa de Profesionales Sanitas a cargar a mi estado de cuenta cualquier gasto, costo o comisión generada por las características propias del crédito solicitado. De la misma manera autorizo debitar de cualquier depósito, ahorro o aportes a mi favor, ya sea en forma individual, alterna o conjunta, que tenga o llegare a tener en la Cooperativa de Profesionales Sanitas, los saldos exigibles a mi cargo por virtud de las obligaciones que asumo o compensarlos contra cualquier otro derecho de crédito a mi favor. La presente autorización también se extiende al débito automático mensual de mi estado de cuenta que designe en el formato que para tal propósito me suministre la Cooperativa de Profesionales Sanitas.

Autorización de Consultores a centrales de riesgo

En mi(nuestra) calidad de titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa de Profesionales Sanitas, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi(nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes al momento del reporte o consulta. Esta autorización no se limita a la obligación que surja como consecuencia de la aprobación y desembolso del crédito ahora solicitado, si no cobija todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervengan(mos) como deudor(res) de la Cooperativa de Profesionales Sanitas o a quien represente sus derechos. A si mismo autorizo(amos) a la central de riesgo a que, en su calidad de operador, pongan mi(nuestra) información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley siempre y cuando su objetivo sea similar al aquí establecido.

Declaración de conocimiento de las condiciones de crédito

Certifico que la Cooperativa de Profesionales Sanitas me ha suministrado toda la información referente a los términos y condiciones del contrato de crédito bajo las cuales se efectuará el análisis del mismo, certifico que entiendo y acepto estas condiciones, especialmente en lo referente a: A. Tasa de interés (tasa, tasa efectiva anual, periodicidad, tasa fija o variable, variación y margen en caso variable), Base de capital sobre la cual se aplica la tasa de Interés, tasa de Interés de mora, comisiones y recargos, Plazo del crédito, condiciones de prepago, derechos de la Cooperativa en caso de incumplimiento del deudor, aquella información adicional que he solicitado como deudor. B. Certifico que entiendo y acepto que la Cooperativa de Profesionales Sanitas no contrae con esta solicitud la obligación de otorgar el crédito que me ha sido explicado, que las condiciones pueden variar al momento del otorgamiento y que seré informado oportunamente al respecto. C. Me comprometo a actualizar mi información personal y financiera por lo menos una vez al año, certificando que la información suministrada en este formulario es veraz.

Autorizaciones de Correspondencia y Comunicaciones:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 del 2012 y 2300 de 2023 y el Decreto 1377 de 2013, autorizo de manera libre y expresa a la Cooperativa de Profesionales Sanitas y/o a quien represente sus derechos, en los horarios reglamentarios, a realizar la gestión de cobranza, y en general para ser contactado por la Entidad a través de los siguientes canales que fueron informados y socializados previamente:

Correo electrónico: Si ☐ No ☐ Notificación escrita: Si ☐ No ☐

Llamadas telefónicas: Si ☐ No ☐ Mensajería de texto / WhatsApp: Si ☐ No ☐

Todas las anteriores: ☐

Nota: En caso de revocar su decisión, envíe su solicitud al correo cps_sanitas@colsanitas.com

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 vinculo 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.

Desembolso a convenios

En caso de solicitar una línea de crédito para adquirir bienes o servicios que sean suministrados por proveedores con los cuales la Cooperativa de Profesionales Sanitas., tenga convenio. Yo autorizo para que el desembolso del dinero se realice directamente al respectivo del convenio, y que los valores adeudados sean cargados obligaciones crediticias, bajo las condiciones financieras vigentes para la fecha de inicio de la obligación.

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.

Registro de firma y huella

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.

Huella índice derecho

Firma: _____

Nombre: _____ C.C.,C.E., ó PAS No.: _____

Información de entrevista

Lugar de la entrevista: _____

Fecha de entrevista: Día | Mes | Año

Resultado: Aceptado ☐ Rechazado ☐

Firma asesor: _____

Nombre de asesor responsable: _____

C.C.,C.E., ó PAS No.: _____

Campo exclusivo para la Cooperativa de Profesionales Sanitas

Observaciones de asesor responsable: