



# FORMATO CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO (PERSONA NATURAL)

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: Día | Mes | Año No. de Radicación: \_\_\_\_\_

## 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 Dirección de correspondencia: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Estrato: \_\_\_\_\_ Ciudad-Departamento: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_

Correo de correspondencia: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ ¿Tiene otra nacionalidad?:  Sí  No Cual: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Día | Mes | Año Sexo:  M  F Número de hijos: \_\_\_\_\_ Personas a cargo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge o compañero(a) permanente: \_\_\_\_\_ N° de Identificación del cónyuge o compañero(a) permanente: \_\_\_\_\_

## Información económica

**Actividad económica principal:** Ama de casa:  Estudiante:  Asalariado:  Pensionado:  Independiente:  Otro:  Cual: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Dirección de la empresa: \_\_\_\_\_

## Información adicional persona natural

|                           |                                   |                      |
|---------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Ingreso mensual: \$ _____ | Egreso mensual: \$ _____          | Activos: \$ _____    |
| Otros ingresos: \$ _____  | Gastos de sostenimiento: \$ _____ | Pasivos: \$ _____    |
| Total ingresos: \$ _____  | Total egresos: \$ _____           | Patrimonio: \$ _____ |

Indique el concepto de otros ingresos: \_\_\_\_\_

Realiza operaciones en moneda extranjera: Si:  No:

## 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 \_\_\_\_\_

## Declaración de origen de fondos

### Declaro expresamente que:

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.

## Cláusulas de autorización

### 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.

#### 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 cubija 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 sí 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.

### Documentos requeridos

1. Fotocopia legible del documento de identificación (Cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, cédula de extranjería, pasaporte o carné Diplomático).
2. Fotocopia legible del Registro Único Tributario -RUT- (Si la actividad económica es diferente a pensionado, asalariado, ama de casa o estudiante).
3. Declaración de Renta del último periodo gravable disponible.

### 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, firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_

Huella índice  
derecho

Nombre solicitante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

cc: \_\_\_\_\_

### Información de entrevista

Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: Día | Mes | Año Hora: \_\_\_\_\_

Resultado: Aceptado:  Rechazado:

Observaciones:

---

---

---

Nombre de asesor responsable:

\_\_\_\_\_

Firma asesor responsable: \_\_\_\_\_

cc: \_\_\_\_\_

### Verificación de la información

Fecha de la verificación de la información:

Día | Mes | Año Hora: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

---

---

Se presentaron inconsistencias en la información verificada: Si:  No:

Nombre de quien verifica la información:

\_\_\_\_\_

Firma de quien verifica la información: \_\_\_\_\_

cc: \_\_\_\_\_