

COOPERATIVA DE EMPLEADOS DEL SECTOR SALUD Sigla **COOPEMHOS**
 MUNICIPIO _____ ENTIDAD _____ ACTUALIZACION AFILIACION

| | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------|
| Nombres | | | | Numero de identificación | | | |
| Apellidos: | | | | | | | |
| fecha de nacimiento | | Nacionalidad | | TIPO | CC | CE | PPT PAS |
| dd | mm | año | | Fecha de expedición | | Lugar de expedición | |
| Lugar de nacimiento | | | | dd | mm | año | |
| Departamento | | | | Municipio | | | |
| Dirección domicilio | | | | | | | |
| Departamento | | | | Municipio | | | |
| Correo electrónico 1 | | Teléfono fijo | | Celular | | | |
| Correo electrónico 2 | | Teléfono fijo | | Celular | | | |
| Nombre Referencia Personal | | Telefono 1 | | Telefono2 | | Relacion | |
| | | | | | | AÑOS DE CONOCIMIENTO | |
| | | | | | | | |
| Nombre del representante legal o apoderado del asociado (si aplica) | | | | CEL | | | |
| N° identificación del apoderado del asociado (si aplica) | | Empresa Donde Trabaja | | | | | |
| Cargo | | Dirección Trabajo | | | | | |
| Departamento | | | | Municipio | | | |
| Teléfonos | | Ocupación, oficio o profesión | | | | | |
| ¿Es residente fiscal en otro país? | | SI | <input type="radio"/> | NO | <input checked="" type="radio"/> | ¿Cuál? | |
| ¿Administra recursos públicos? | | SI | <input type="radio"/> | NO | | | |
| Identifique si el solicitante es una PEP (Persona Expuesta Públicamente) | | SI | <input type="radio"/> | NO | <input type="radio"/> | | |
| Descripción actividad económica | | | | CIU | | | |

INFORMACION FINANCIERA (\$)

| Ingresos mensuales derivados de su actividad principal | Conceptos Gastos Mensuales | Valores |
|--------------------------------------------------------|----------------------------|---------|
| Otros ingresos (especificar): | | |
| * | | |
| * | | |
| * | | |
| * | | |
| * | | |
| Total Activos | | |
| Total Pasivos | | |
| Total Patrimonio | Total Gastos | |

*COOPEMHOS podrá usar los mecanismos electronicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

En caso de fallecimiento mis aportes sociales y mi auxilio fúnebre de acuerdo al cumplimiento con el reglamento serán entregados a:

| NOMBRES Y APELLIDOS | <input type="radio"/> PARENTESCO | TELEFONO | EMAIL | PORCENTAJE |
|---------------------|----------------------------------|----------|-------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la cooperativa COOPEMHOS para que la verifique. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice. Autorizo expresa e incondicionalmente a Coopemhos, para que me contacte y me suministre la información como asociado y para efectos de cobranza mediante los canales de comunicación de que disponga, tales como correo electrónicos, redes sociales, mensajes de texto, whatsapp, comunicaciones escritas, llamadas telefónicas y móviles, aplicando la normatividad legal que corresponda. Autorizo a Coopemhos para que con fines estadísticos o de información crediticia o comercial consulte, solicite, suministre reporte, procese divulgue circule e incluya a la central de información de riesgo o cualquier entidad autorizada, por la Superintendencia Solidaria de Colombia, relacionada con mi nombre comportamiento comercial hábitos de pago manejo de crédito y cuentas saldo de mis obligaciones crediticias, tiempo de mora o en pago de dichas obligaciones. Declaro, en uso de mis facultades que los recursos, entregados o transferidos al COOPEMHOS destinados para pagos de aportes y pagos de créditos, provienen o han sido obtenidos de actividades lícitas, No actué en nombre de terceros, ni permitiré que personas en mi nombre o el de terceros vinculen o efectúen actividades relacionadas con el delito de lavado de activos o la financiación del terrorismo, involucrando a COOPEMHOS.

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

| | | | |
|--------------------------------------------|----|----|--------|
| ¿Realiza operaciones en moneda extranjera? | SI | NO | CUALES |
|--------------------------------------------|----|----|--------|

| | | | | |
|--------------------------------------|----|----|---|--|
| ¿Posee cuentas en moneda extranjera? | SI | NO | ○ | |
|--------------------------------------|----|----|---|--|

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|--|
| <p align="center">_____</p> <p align="center">FIRMA</p> | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p align="center">HUELLA</p> | BANCO | | |
| | | N° DE CUENTA | | |
| | | MONEDA | | |
| | | CIUDAD | PAIS | |

*La Organización podrá usar los mecanismos electronicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

ESPACIO PARA USO DE COOPEMHOS

| | |
|---------------|--|
| OBSERVACIONES | |
|---------------|--|

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------|
| FECHA DE REALIZACION ENTREVISTA | dd | mm | año | |
| NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA ENTREVISTA | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN | | | | |
| FECHA VERIFICACION INFORMACION | dd | mm | año | |
| FECHA VERIFICACION LISTAS VINCULANTES | dd | mm | año | RESPONSABLE VERIFICACION LISTAS VINCULANTES |

DOCUMENTOS ANEXOS

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|
| Fotocopia del documento de identificación | X | | |
| Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones) ORIGINAL | X | | |
| RUT | | | |
| Certificación Bancaria | X | | |