

COOPERATIVA DE EMPLEADOS DEL SECTOR SALUD				Fotografía
FECHA DILIGENCIAMIENTO	dd	mm	año	
ACTUALIZACION		AFILIACION		

INFORMACION PERSONA JURIDICA				
NIT:	RAZON SOCIAL	CIUDAD		
REPRESENTANTE LEGAL				
DETALLE ACTIVIDAD ECONOMICA				
TELEFONO	CELULAR	NUMERO DE EMPLEADOS		

INFORMACION PERSONA NATURAL				
Primer Nombre	Primer Apellido	Numero de identificación		
Segundo Nombre	Segundo Apellido			
Ciudad de Nacimiento	dd	mm	año	Nacionalidad
		TIPO	CC	CE
		Fecha de expedición		Lugar de expedición
		dd	mm	año
Lugar de nacimiento	DEPARTAMENTO		Municipio	
Dirección Domicilio				
Numero de celular				
Correo electrónico		Telefono Fijo		
Nombre Referencia Personal	Telefono	Celular	Parentesco	Edad

ESPACIO SOLAMENTE PARA ASOCIADOS MAYORES QUE REQUIEREN O TIENEN UN APODERADO LEGAL**				
Nombre del representante legal o apoderado del asociado (si aplica)			Relacion :	
N° identificación del apoderado del asociado (si aplica)	Correo Electronico			Cel:

INFORMACION LABORAL Y ACADEMICA				
EMPRESA DONDE LABORA				Municipio
Cargo	Dirección Trabajo		Dpto	
ANTIGÜEDAD LABORAL			FECHA DE INGRESO	dd mm año
Teléfono	Ocupación, oficio o profesión		No. Cuenta Bancaria	
TIPO DE CONTRATO	Indefinido <input type="radio"/>	Fijo <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	¿Cuál? <input type="radio"/>
¿Administra recursos públicos?		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Entidad
Identifique si el solicitante es una PEP (Persona Expuesta Públicamente)		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Nivel Academico
Descripción actividad económica		TITULO OBTENIDO		Doctorado <input type="radio"/>
		ENTIDAD EDUCATIVA		Postgrado <input type="radio"/>
CIU			Bachillerato <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>
				Ninguno Tecnico <input type="radio"/>

INFORMACION FAMILIAR				
Personas a Cargo		SI	NO	Cuántas ?
ESTADO CIVIL	Nombre Conyuge			
VIVIENDA	Arrendada <input type="radio"/>	Propia <input type="radio"/>	Familiar <input type="radio"/>	Valor Arriendo
En caso de fallecimiento mis aportes sociales y mi auxilio fúnebre de acuerdo al cumplimiento con el reglamento serán entregados a:				
NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTESCO	TELEFONO	EMAIL

INFORMACION FINANCIERA PERSONA NATURAL O JURIDICA				
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal	\$	Conceptos Egresos Mensuales		Valores
Otros ingresos (especificar):	\$	Vivienda (arrendamiento) o Creditos		\$
*		Alimentacion		\$
*		Servicios Publicos (Energia, Acueducto y Alcantarillado, Gas, Servicio de internet y telefonía móvil)		\$
*		Educación		\$
*		Transportes		\$
*		Seguridad social		\$
		Otros Obligaciones Financieras		\$
Total Activos				
Total Pasivos				
Total Patrimonio		Total Gastos		\$
¿Es residente fiscal en otro país?				
		SI		NO

INFORMACION DE BIENES (Donde figure en escritura ó licencia de Transito)				
TERRENOS, BIENES INMUEBLES, VEHICULOS		VALOR COMERCIAL	VALOR PENDIENTE POR PAGAR	HIPOTECADO O EN PRENDA
		\$	\$	SI
		\$	\$	NO
		\$	\$	SI
		\$	\$	NO

COOPERATIVA DE EMPLEADOS DEL SECTOR SALUD				
¿Posee cuentas en moneda extranjera?		SI	NO	
		BANCO		
		N° DE CUENTA		
INFORMACION PERSONA JURIDICA		MONEDA		
NIT:			NOMBRE EMPRESA	

*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.

INFORMACION PERSONA NATURAL										
FIRMA	HUELLA	PAIS	CIUDAD							
<p><small>*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.</small></p> <p>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.</p> <p>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 moviles, 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 actuó 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.</p>										
_____ FIRMA*				_____ HUELLA*		<i>CAPITULO VIII REGIMEN ECONOMICO Art 64°, los asociados deberan aportar mensualmente a la cooperativa minimo el 6% y maximo el 12%, de su salario básico o pensión contrato de prestación de servicios u honorarios, ajustado a multiplo de mil mas cercano, en ningun momento e laporte mensual puede ser inferior al 6% de un SMMLV. "Por lo cual autorizo porcentaje de (%) del mis ingresos,</i>				
Numero de celular			dd	m	para la realización de los aportes mensuales." año					
FECHA DE REALIZACION ENTREVISTA		dd	mm	año						
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA ENTREVISTA										
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN				Observaciones						
FECHA VERIFICACION INFORMACION		dd	mm	año						
FECHA VERIFICACION LISTAS VINCULANTES		dd	mm	año	RESPONSABLE VERIFICACION LISTAS VINCULANTES					
DOCUMENTOS ANEXOS					PN					
Fotocopia del documento de identificación Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones) ORIGINAL RUT Certificación Bancaria										
dd	mm	año								
ACTA No.										
Aprobacion Consejo de Administracion										
_____ PRESIDENTE CONSEJO DE ADMINISTRACION					_____ SECRETARIO CONSEJO DE ADMINISTRACION					

