

Solicitud Única de Asociación/Vinculación-Persona Natural

Número de Formulario

Diligenciar en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras

Fecha de Solicitud DD MM AAAA	Ciudad	Oficina que vincula
--------------------------------------	--------	---------------------

Información Personal

Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA * <input type="checkbox"/> * Solo aplica para la vinculación como Asociado a la Cooperativa)	No. Identificación				Lugar de Expedición	Fecha de Expedición DD MM AAAA		
Primer Apellido	Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Edad	Ciudad de Nacimiento	País de Nacimiento		Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			
Personas a cargo Adultos _____ Menores de 18 años _____		Nivel Académico Actual (Marque solo una opción): Doctorado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>						
Señale la forma de vinculación a Cooomeva como: Graduado <input type="checkbox"/> Recién Graduado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Promotor Comercial Cooomeva <input type="checkbox"/> Familiar Asociado <input type="checkbox"/> Empleado Cooomeva <input type="checkbox"/> Empleado Especial <input type="checkbox"/> Educación para el trabajo y Desarrollo Humano <input type="checkbox"/>								
¿Desempeña un cargo Político? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuál _____? Fecha Inicio ____/____/____ Fecha Fin ____/____/____ Actualmente _____		¿Representa legalmente alguna organización Internacional? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿La sociedad y/o los medios de comunicación lo reconocen como un personaje público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Tiene algún vínculo con un PEP (padres, hijos, cónyuge, abuelos, hermanos, suegros y cuñados). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
País de Residencia		Dirección Residencia						
Barrio	Estrato	Ciudad/Departamento		Teléfono Residencia		Teléfono Celular		
Correo Electrónico			Declara Renta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Tipo de Vivienda: Alquilada <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Tiempo en Residencia Actual Años: _____ Meses: _____	
Apellido(s) y Nombre(s) del Arrendador				Teléfono del Arrendador		Ciudad		
Tiene Usted parentesco con algún miembro del Consejo de Administración y/o Junta de Vigilancia de Cooomeva, Junta Directiva de Bancoomeva o Empleado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
Nombre _____				Parentesco _____				
Nombre _____				Parentesco _____				

Datos del Conyuge

Identificación: T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No.	Fecha de Expedición Año Mes Día		Lugar de expedición			
Primer apellido	Segundo apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Lugar de Nacimiento Año Mes Día
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación Asalariado <input type="checkbox"/> Independ. <input type="checkbox"/> Rentista Capital <input type="checkbox"/> Dependencia Económica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/>		Empresa donde trabaja		Fecha Ingreso Año Mes Día		
Cargo Actual		Total Ingresos	Total Egresos	Nivel Académico Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Univers. <input type="checkbox"/> Especializ. <input type="checkbox"/> Magister <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>			

Información Profesional Académica

Título	Nombre de la Institución	Ciudad	Fecha
			DD MM AAAA
			DD MM AAAA

Actividad Económica

Tipo Asalariado <input type="checkbox"/> Rentista Capital <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	Descripción Actividad Económica de la Empresa Servicios <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Cuál?
---	---	--	-------

* Si es Empleado

Tipo de Empresa Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	Tipo de Contrato Temporal <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>	Fecha de Ingreso DD MM AAAA	Ocupación o Cargo Actual
---	--	------------------------------------	--------------------------

* Si es Independiente (Con Empresa)

Posee Negocio/Empresa Propia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Código CIUU	* Tiempo en la actividad Años _____ Meses _____	* Ventas Anuales (millones de \$)
--	-------------	--	-----------------------------------

* Si es Empleado o Independiente con Empresa

Nombre de la Empresa		Dirección Oficina		Barrio
Teléfono Oficina		Extensión		Ciudad/Departamento

Información Financiera

Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales	
Salario Fijo	\$ _____	Arriendos	\$ _____
Salario Variable y Comisiones	\$ _____	Gastos Personales/Familiares	\$ _____
Arrendamiento	\$ _____	Cuota Cooomeva	\$ _____
Rendimientos Financieros	\$ _____	Préstamos diferentes Cooomeva	\$ _____
Honorarios	\$ _____	Deducciones Nómina	\$ _____
Otros Ingresos	\$ _____	Tarjetas de Crédito	\$ _____
¿Cuáles?		Otros Gastos:	_____
Total Ingresos	\$ _____	Total Egresos	\$ _____

Información Balance Personal

Activos		Pasivos	
Activos Corrientes (Ahorros e Inversiones)	\$ _____	Pasivos Financieros (Deudas Financieras)	\$ _____
Activos Fijos (Vehículos y/o Propiedades)	\$ _____	Pasivos Corrientes (Deudas con Terceros)	\$ _____
Otros Activos	\$ _____	Otros Pasivos	\$ _____
¿Cuáles? _____		Cuáles? _____	
Total Activos	\$ _____	Total Pasivos	\$ _____

Descripción de los Activos

Bienes Inmuebles (Casa, Apartamento, Lote, Finca)				
Tipo Inmueble	Valor Comercial	Saldo Crédito	¿Tiene Seguro?	Hipoteca/Prenda
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Vehículos (Clase: Moto, Auto, Campero, Camioneta)(Marca/Referencia: Mazda 323 NX, Renault, Nevada GTI)				
Vehículo (Clase)	Placa	Valor Comercial	Saldo Crédito	¿Tiene Seguro?
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros Bienes (Describir Inversiones, Acciones, Bonos, Maquinaria, Semovientes)				
Descripción	Saldo Crédito	Valor Comercial	¿Tiene Seguro?	Hipoteca/Prenda
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Descripción de Pasivos

Deudas	Cantidad	Entidad	Saldo
Hipotecarias			
Productos de Crédito			
Tarjetas de Crédito			
Otras Obligaciones			
Total Pasivo			\$ _____

Operaciones Internacionales

Realiza Operaciones en Moneda Extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Posee Cuentas en el Exterior SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si su actividad económica implica transacciones en Moneda Extranjera, señale los tipos de transacción Importac. <input type="checkbox"/> Exportac. <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos Moneda Extranj. <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>				
Productos que se poseen en Moneda Extranjera						
Nombre de la Entidad	Número de la Cuenta/Producto	Tipo de Producto	Monto Operación	Moneda	Ciudad	País

Referencias

Familiar	Nombre	Parentesco	No. Celular	Dirección	Ciudad	Teléfono
Personal	Nombre	No. Celular	Dirección	Ciudad	Teléfono	
Medio por el cual autoriza recibir su correspondencia: Residencia <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/>				Autoriza recibir información a través de mensaje de texto a su celular SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Necesidades y Expectativas (En Coomeva tenemos múltiples soluciones para facilitarle la vida a nuestros Asociados, cuéntenos cuáles productos y servicios son de su interés).

Tipo de Producto	Detalle del Producto
Servicios Financieros	Productos de Ahorro (Cuentas de Ahorro, CDT, Cuenta Corriente, etc.) Créditos de Consumo, Vivienda, Educación, Vehículo, etc.

Interesado en:

Productos de Captación	Productos de Colocación			
Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/>	Monto	Línea	Destinación	Plazo
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Monto	Línea	Destinación	Plazo
CDT <input type="checkbox"/>	Monto	Línea	Destinación	Plazo
PAP <input type="checkbox"/>	Monto	Línea: Tarjeta Asociado Coomeva	Destinación	Plazo

Tipo de Producto	Detalle del Producto	Interesado		Producto	Monto/Valor Comercial/Número
		SI	NO		
Servicios de Solidaridad y Seguros	Protección por Fallecimiento, Incapacidad y Cobertura Funeraria. Seguros de Vivienda, Vehículo, Pymes, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Comentario			
Servicios de Desarrollo Empresarial	Programas de Capacitación, Asesoría y Acompañamiento Empresarial Financiación, Respaldo e Inversión Empresarial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Comentario			
Servicios de Salud	Programas de Medicina Prepagada Plan Obligatorio de Salud Atención Medica Domiciliaria y/o Programas Odontológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Comentario			
Servicios de Educación	Programas de Becas Educativas Convenios con Instituciones Educativas para descuentos en Capacitación Profesional y Formación Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Comentario			
Servicios de Recreación	Planes turísticos Nacionales e Internacionales Tiquetes Nacionales e Internacionales Actividades Recreacionales, Culturales y Deportivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Comentario			

Solicitud de Ingreso al Servicio de Previsión, Asistencia y Solidaridad (PAS)

El **P.A.S.**, es prestado a través del Fondo Mutual de Solidaridad y reconoce amparos a los Asociados, una vez se autorice su ingreso y se cumpla con las condiciones y requisitos exigidos en el Reglamento respectivo (consúltelo en www.cooomeva.com.co, condiciones generales, cubrimientos, exclusiones, periodos de carencia, etc).

Apellido(s) y Nombre(s)		Cédula
Peso en Kg	Estatura en cm.	Nombre de la EPS
Declaración del Estado de Salud		
1. ¿Tiene, ha tenido, le han diagnosticado o ha sido intervenido por: Enfermedades Cardiovasculares , Hipertensión Arterial, Infarto de Miocardio, Arritmias, Colesterol ó Triglicéridos Altos (Tratados ó no con Medicamentos), Enfermedades Neurológicas : Derrames, Isquemias ó Trombosis Cerebral, Mareos ó Desmayos, Convulsiones, Parálisis; Enfermedades de los Organos : Ceguera ó Sordera Total y/o Parcial; Enfermedades del Sistema Endocrino : La Glándula Tiroides, Diabetes; Enfermedades Respiratorias : Enfisema Pulmonar, Bronquitis Crónica; Enfermedades del Sistema Osteomuscular : Artritis o Lesiones Musculares; Enfermedades del Sistema Digestivo : Gastritis, Úlcera, Hepatitis B ó C; Cirrosis; Enfermedades del Sistema Circulatorio : Várices, Enfermedades Genitourinarias (Ovarios, Utero, Próstata, Testículos, Deformidades Corporales, Tumores o Quistes); Enfermedades : Trastornos Psicológicos ó Psiquiátricos; Insuficiencia Renal, Cáncer, Leucemia; Lupus, Sida ó VIH Positivo u otras enfermedades no mencionadas anteriormente?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido Enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral anterior, piensa someterse o tiene pendiente algún tratamiento médico ó tiene programada una intervención quirúrgica en los proximos 6 meses?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Si ha tenido embarazo, ha presentado complicaciones?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Ha tenido Partos por Cesárea?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso de que Usted, haya contestado positivamente alguna de las anteriores preguntas en los numerales 1, 2, 3, 4, por favor amplíe (Diagnóstico, Fecha de Diagnóstico, Secuela): _____		
5. Fuma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Frecuencia (Semanal, Ocasional o Diaria)? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Desde cuando? _____		
6. Consume bebidas embriagantes diariamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Señor Asociado; antes de firmar lea detenidamente lo siguiente:

Conforme a la anterior Declaración de Salud, manifiesto que no he sido sometido a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas diferentes a las mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma casual o secuencial.

Si por análisis del nivel de riesgo, en criterio de la Auditoría Médica, no se le permite acceder a los cubrimientos del Plan Básico de Ingreso, deberá tomar el Plan Básico Especial. La administración del Fondo Mutual de Solidaridad se reserva el derecho de admitir la vinculación del Asociado al Fondo ó de aceptar y/o limitar el valor de protección solicitado.

Inscripción de Beneficiarios Fondo Mutual de Solidaridad y Aportes

En caso de mi muerte designo como Beneficiario(s) de mis aportes y de los amparos a que tengo derecho por los Servicios Mutuales "P.A.S a las siguientes personas, en los porcentajes descritos a continuación:

No.	Identificación		Parentesco	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento			Sexo		Porcentaje
	Tipo	Número						AAAA	MM	DD	F	M	
1													
2													
3													
4													
5													

Tenga en cuenta que: Los porcentajes a estos Beneficiarios deben sumar el 100%.

Tipo de Documento de Identidad: C.C. = Cédula de Ciudadanía C.E. = Cédula Extranjería T.I.=Tarjeta Identidad PA = Pasaporte RC: Registro Civil EJ: = Entidad Jurídica

Inscripción de Beneficiarios del Auxilio Funerario

En caso de que los Beneficiario(s) de este Auxilio sean los mismos designados para Solidaridad, no es necesario el diligenciamiento de todos los campos relacionados. Sólo relacione el número del Beneficiario que está en la parte superior y si tiene otros Beneficiarios, diligencie los campos restantes.

Tipo	Identificación		Parentesco	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento			Sexo	
	Número							AAAA	MM	DD	F	M

Padre: PA Madre: MA Conyuge: CY Hijos: HO Abuelo(a): AB Nuera: UN Entidad Jurídica: EJ Nieto: NT
Hermano: HE Compañero(a): CA Padrastos: PD -MD Cuñado: CU Primo: PR Tio: TI Sobrino(a) SB Otro: OT

Tenga en cuenta que: Los Beneficiarios que se encuentren inscritos previamente por otro Asociado o sean Asociados, no quedarán cubiertos por Usted para este Auxilio.

Los Asociados que carezcan de Familiares Directos estarán exentos de la contribución por este Auxilio, para estos casos el Asociado debe presentar comunicación escrita con su firma y huella.

Podrán ser Beneficiarios del Auxilio Funerario únicamente: Padres, Cónyuge o Compañero (a) permanente, hijos hasta los 30 años o sin límite de edad cuando éstos sean discapacitados.

Contribución Mensual a los Fondos Mutuales de Solidaridad, Auxilio Funerario y otros conceptos

Coberturas en el Plan Básico de Ingreso	Valor de Protección	Factor (F)	Cuota	Auxilio Funerario		
Muerte Natural, Accidental, Incapacidades Permanentes, Gastos Funerarios Asociado	\$ _____	_____	\$ _____	Cuota Mensual <input type="checkbox"/>	Cuota Única <input type="checkbox"/>	Plazo <input type="checkbox"/>
Perseverancia 60 Años	\$ _____	_____	\$ _____	Valor SMMMLV(\$)		% SMMMLV(Según tipo de Vinculación)
Perseverancia 65 Años	\$ _____	_____	\$ _____	El valor de la cuota del concepto Solidaridad es la sumatoria de las Cuotas de las Coberturas: Muerte Natural, Accidental, Incapacidades Permanentes, Perseverancia (60 ó 65 Años), Incapacidad Temporal por día, Segunda opinión Médica y Desempleo o Disminución de Ingresos/Enfermedades Graves.		
Incapacidad Temporal por día (a partir del día 11)	\$ _____	_____	\$ _____			
Desempleo o Disminución de Ingresos/ Enfermedades Graves	\$ _____	_____	\$ _____			
Segunda Opinión Médica	\$ _____	_____	\$ _____			
Asistencias (Jurídica y Pensión)	\$ _____	_____	\$ _____	Plan Básico Especial		
	\$ _____	_____	\$ _____	Valor de Protección	Factor(F)	Cuota
	\$ _____	_____	\$ _____	\$	\$	\$

* Este valor aplica solo en caso que NO me permitan acceder al valor de Protección solicitado el cual se autoriza en el capítulo de Autorizaciones 3er. párrafo.

Perseverancia Programada (2-15 Años)	\$ _____	_____	Plazo
--------------------------------------	----------	-------	-------

Solidaridad	Perseverancia Programada	Auxilio Funerario	Aportes	Fondo de Calamidad	Recreación y Cultura	Total
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Autorizaciones y Declaraciones

Con la suscripción del presente documento además de la posibilidad de ser aceptado como Asociado de la Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia – Coomeva (en adelante COOMEVA):

AUTORIZO de manera previa, expresa, informada y explícita, a COOMEVA y a las Empresas del GECC para que realicen lo siguiente: **1) Cargar otros Conceptos y Débito Automático:** Cargar a mi Estado de Cuenta cualquier gasto o comisión generada por los productos que llegare a adquirir, debitar de cualquier depósito a mi favor (individual, alterna o conjunta) en Bancoomeva S.A. los saldos exigibles a mi cargo por las obligaciones pendientes con las Empresas del GECC o compensarlos contra cualquier otro derecho de crédito a mi favor en cualquiera de sus Empresas. **2) Consultas y Reportes:** Que en virtud de las relaciones jurídicas con las Empresas del GECC o quien en el futuro sea Acreedor, cesionario o contraparte, pueda: **a)** Consultar en las Centrales de Riesgo toda la información comercial, crediticia, hábitos de pago y en general mi desempeño como Deudor. **b)** Reportar a las Centrales de Riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones crediticias o de mis deberes de contenido patrimonial. **c)** Suministrar a las Centrales de Riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito, relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que haya entregado o que consten en bases de datos. La autorización anterior permite a Coomeva y a las Empresas del GECC y a las Centrales de Riesgo divulgar la información mencionada para fines de: evaluar los riesgos de concederme un crédito, verificar el cumplimiento de mis deberes contractuales y legales y elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. **3) Uso y tratamiento de datos:** que mis datos personales sean objeto de tratamiento en bases de datos (almacenados, consultados, usados, compartidos, transferidos, etc) para las siguientes finalidades: **3.1) Datos personales:** **a)** Compartir todos mis datos y soportes y los que llegare a suministrar con ocasión de mi vinculación comercial con Coomeva y las Empresas del GECC los cuales podrán ser cedidos a otras Entidades con las cuales se tengan alianzas o acuerdos comerciales. **b)** Realizar campañas de identificación en proceso institucionales de Coomeva y las Empresas del GECC, o marketing (promoción de productos y servicios), envío de información comercial por cualquier medio (correos, mensajes de texto, etc). **c)** Elevar los niveles de eficiencia, control, seguridad y servicios en las operaciones y transacciones a realizar en los diferentes procesos de Coomeva y las Empresas del GECC. **d)** Prevención de fraudes y el control de lavado de activos y financiación del terrorismo. **e)** Enviar información en cumplimiento de normas fiscales u obligaciones de tipo legal. **f)** Realizar gestiones de cobranza, bien sea directamente o por conducto de terceras personas. **g)** Realizar el tratamiento de mis datos personales durante el tiempo que dure la relación jurídica con las Empresas del GECC y hasta diez (10) años más después de la terminación de la relación contractual o exista la obligación legal de conservar dicha información). **3.2) Datos sensibles (información biométrica y Estado de Salud):** El consentimiento para el tratamiento de mis datos sensibles, lo hago teniendo en cuenta que el mismo es necesario para las siguientes finalidades: **a)** Identificarme ante las Empresas del GECC al momento de utilizar cualquiera de sus Servicios o Productos. **b)** Transmitir o Transferir mis Huellas Dactilares y demás Datos Personales a entidades ubicadas dentro o fuera del territorio Nacional que dispongan de la infraestructura necesaria para su adecuado almacenamiento y/o eventuales Servicios de Computación en la nube. **c)** El tratamiento de los datos relativos a mi salud y enfermedades padecidas (datos sensibles), con el único fin de evaluar mi estado de salud, analizar riesgos asumidos por el Fondo Mutual de Solidaridad y contingencias de vejez, invalidez y muerte. Igualmente, podrán solicitar y consultar mi historia clínica de quienes la posean y faculto a cualquier profesional de la salud o entidad pública o privada para entregar copia de dicho documento, inclusive después de mi fallecimiento. **4) Autorización para Débito Automático ACH:** Autorizo inscribir la Cuenta No. _____ (Ahorros o Corriente) de la Entidad Financiera _____, con el fin de realizar el pago de mi facturación de Asociado (la matrícula del Pago Automático ACH de Facturación Coomeva, se realiza 3 días hábiles antes de su fecha de corte. Si es realizada después de los días mencionados, el débito se efectuará en la próxima fecha de pago). **5)** Para que cargue a mi primer Estado de Cuenta el valor de \$ _____, correspondiente a la Cuota de Admisión como Asociado a la Cooperativa.

DECLARO con la suscripción de la presente solicitud que: **1) Estatutos y Reglamentos:** Acepto voluntariamente cumplir los Estatutos y Reglamentos de la Coomeva, **2) Origen de Fondos:** Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 007 de 1996 (Superfinanciera), Circular Básica Jurídica 007 de 2008 (Supersolidaria), Decreto 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes, de manera voluntaria doy certeza a las Empresas del GECC de la siguiente información: **a)** Los Recursos que manejo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, profesión, actividad, negocio, etc.) _____

_____. **b)** Los Recursos que manejo en depósito no son estables y provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, actividad, negocio, etc). _____

Por lo anterior no estoy obligado a presentar ninguno de estos documentos: Certificado de ingresos y retenciones, declaración de renta, ni estados financieros certificados o dictaminados. (Únicamente para personas que no cuenten con fuentes de Ingresos estables). **c)** Declaro que los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. **d)** No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis Cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones relacionadas con tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas. **e)** Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en Bancoomeva, en caso de infracción de cualquiera de los numerales de este documento, así como por la información errónea, falsa, o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento e igualmente por no actualizar anualmente la información que aquí he consignado o me sea solicitada. **3) Actualización de datos y veracidad de la información:** Que la información por mi suministrada es veraz completa y exacta y me obligo a suministrar y actualizar todos los datos (como mínimo una vez al año) y documentos que Coomeva y las Empresas del GECC me soliciten para confirmar la información registrada en este formulario, con el fin de asegurar el conocimiento del Cliente. En el evento de incumplir la obligación aquí establecida, autorizo especialmente a Bancoomeva a rechazar la apertura u otorgamiento de nuevos productos financieros y a bloquear los que a mi nombre se encuentren vigentes hasta tanto confirme la información proporcionada en este formulario.

Dejo constancia que el Promotor _____ de Coomeva, mediante charla personalizada, me ha hecho conocedor de los productos y servicios que ofrecen Coomeva y las Empresas del GECC y mi obligación de leer el Estatuto Social de Coomeva y el Reglamento de los servicios del Fondo Mutual de Solidaridad "P.A.S", los cuales me comprometo a consultar en www.comeva.com.co. Igualmente me comprometo a realizar la Inducción Cooperativa en forma **Presencial** _____ o **Virtual** _____.

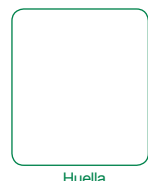
Nota: La actualización, rectificación, cancelación y oposición sobre datos personales, podrá realizarse en cualquier oficina del país o a través del portal web www.comeva.com.co, opción contáctenos). La política de tratamiento de datos personales y al aviso de privacidad podrá ser conocida en el portal [web www.comeva.com.co](http://www.comeva.com.co) y www.bancoomeva.com.co

Tipo de Canal:	Referido <input type="checkbox"/>	Apellido(s) y Nombre(s) del Referente	No. Cédula del Referente					
Promotor <input type="checkbox"/>	Campaña <input type="checkbox"/>							

Oficina que vincula: _____

Firma Comité Regional/ Zonal de Admón
Asuntos Asociados

Firma del Solicitante



Entrevista al Cliente

Con firma certifico haber realizado la entrevista presencial con el Cliente, confirmando los datos con el Cliente el día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____

Observaciones y Recomendaciones: _____

Cargo de quién efectuó la entrevista: _____ No. Identificación _____

Nombre y firma de quién efectuó la entrevista: _____