



Vida a sus Aportes...!

NIT.: 860.032.597-2

Cra. 7 No. 32 - 83 Of. 101 Tel.: 232 81 41 Fax.: 232 43 27
Web: www.cosalud.com.co e-mail: cosalud@cosalud.com.co

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

MES

AÑO

NÓMINA

VENTANILLA

A. INFORMACIÓN PERSONAL

1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ No.:			LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA DE EXPEDICIÓN: ☐ DÍA ☐ MES ☐ AÑO
SEXO M ☐ F ☐	Fecha Nacimiento: ☐ DÍA ☐ MES ☐ AÑO	Ciudad/Depto/País de nacimiento:			Estado Civil:
NIVEL ACADÉMICO PRIMARIA ☐ BACHILLER ☐	TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐	PROFESIONAL ☐ POSGRADO ☐	MAESTRÍA ☐ DOCTORADO ☐	PROFESIÓN U OFICIO:	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		BARRIO:		CIUDAD:	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO CELULAR:		E-MAIL:	
ENVIO CORRESPONDENCIA DOMICILIO ☐ OFICINA ☐		AUTORIZO RECIBIR CORRESPONDENCIA E INFORMACIÓN COMERCIAL EN E-MAIL		CABEZA DE FAMILIA	PERSONAS A CARGO: CUANTAS:
VIVIENDA PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRIENDO ☐		ESTRATO:	POSEE VEHÍCULO SI ☐ NO ☐	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☐	DECLARA RENTA? SI ☐ NO ☐

B. INFORMACIÓN LABORAL

ACTIVIDAD EMPLEADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ PENSIONADO ☐		EMPRESA / ENTIDAD:	
DIRECCIÓN EMPRESA/ENTIDAD:		ACTIVIDAD DE LA EMPRESA: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ COMERCIAL ☐ INDUSTRIAL ☐ OTRA:	
TELÉFONO	EXT.	DEPENDENCIA:	CARGO:
INGRESOS MENSUALES: \$			
TIPO DE CONTRATO	CARRERA ADMINISTRATIVA ☐ LIBRE NOMBRAMIENTO ☐	PROVISIONAL ☐ CONTRATISTA ☐	FIJO ☐ INDEFINIDO ☐
FECHA INGRESO: ☐ DÍA ☐ MES ☐ AÑO		FECHA VCTO: ☐ DÍA ☐ MES ☐ AÑO	

C. INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ No.:			LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA DE EXPEDICIÓN: ☐ DÍA ☐ MES ☐ AÑO
EMPRESA / ENTIDAD:			DIRECCIÓN EMPRESA/ENTIDAD:		
TELÉFONO	EXT.	DEPENDENCIA:	CARGO:	SALARIO BÁSICO: \$	

D. HIJOS Y/O PERSONAS A CARGO

APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
	DÍA	MES	AÑO	

E. REFERENCIAS

FAMILIAR (Que no viva con usted)	Nombre:	Parentesco:	Teléfono fijo:	Teléfono celular:
PERSONAL	Nombre:	Labora en?:	Teléfono fijo::	Teléfono celular:

FAVOR ANEXAR FOTOCOPIA DE LA CÉDULA AMPLIADA AL 150% y DOS (2) ÚLTIMOS DESPRENDIBLES DE PAGO

F. CURSOS DE COOPERATIVISMO

BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO	VIGILANCIA Y CONTROL	DIRECTIVOS	PESEM	OTRO, CUÁL?
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

G. DESCRIPCIÓN DE ACTIVOS Y PASIVOS

ACTIVOS			PASIVOS (DEUDAS)		
TIPO	VR COMERCIAL (\$)	HIPOTECA O PIGNORACION	TIPO	ENTIDAD	SALDO TOTAL (\$)
Casa / Apartamento		SI ☐ NO ☐	Crédito de vivienda		
Vehículo		SI ☐ NO ☐	Con entidades bancarias		
Acciones		SI ☐ NO ☐	Tarjetas de crédito		
Muebles y enseres			Con otras cooperativas		
Otros activos			Otras deudas (codensa)		
TOTAL ACTIVOS			TOTAL PASIVOS		

H. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO

APELLIDOS Y NOMBRES	No. DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE (%)

I. APORTES

Manifiesto voluntariamente mi deseo de vincularme a **LA COOPERATIVA MULTIACTIVA COSALUD**, comprometiéndome a efectuar mensualmente un aporte equivalente al _____ % de mi salario básico, o la suma fija de \$ _____, cada mes _____ quincena _____.

J. AUTORIZACIONES Y COMPROMISOS

- Autorizo a **LA COOPERATIVA MULTIACTIVA COSALUD**, a consultar ante las centrales de riesgo o cualquier entidad autorizada, mi endeudamiento, información comercial disponible sobre el historial de cumplimiento de las obligaciones adquiridas, así como a divulgar ante esas mismas entidades el comportamiento de las obligaciones que adquiera con La Cooperativa.
- Manifiesto que he leído, conozco y acepto los Estatutos y reglamentos de los diferentes servicios de **LA COOPERATIVA MULTIACTIVA COSALUD**, y me comprometo a cumplir con todas las obligaciones de la Cooperativa y actualizar anualmente o cuando se requiera, mis datos personales.
- Manifestamos que los datos suministrados son reales, verídicos y pertenecen a la persona relacionada de acuerdo con la ley, por lo que autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada, a **LA COOPERATIVA MULTIACTIVA COSALUD**, a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que he suministrado y que se han incorporado en las distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta. La información y datos personales suministrados podrán ser utilizados por **LA COOPERATIVA MULTIACTIVA COSALUD**, sus empresas asociadas y/o terceros que cuenten con acuerdos comerciales asociados, para fines del desarrollo de las funciones propias de la prestación de sus servicios, tales como, consulta, intercambio y suministro, enviar información y publicidad de productos y/o servicios disponibles y entregar reportes a las autoridades de vigilancia y control.

K. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria, manifiesto que toda la información consignada en el presente formulario es cierta y verificable, y con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia de la Economía Solidaria y demás normas concordantes, realizo la siguiente declaración de origen de fondos, a **LA COOPERATIVA MULTIACTIVA COSALUD**.

- Los recursos que entrego a **LA COOPERATIVA MULTIACTIVA COSALUD**, provienen de las siguientes fuentes: _____.
- Declaro que los recursos que entregue a **LA COOPERATIVA MULTIACTIVA COSALUD**, no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- No admitiré que terceros efectúen consignaciones a los productos que adquiera con la Cooperativa con dinero proveniente de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

FIRMA: _____

C.C. No. _____

Huella índice derecho

USO EXCLUSIVO COSALUD

Información confirmada por: _____ Cargo: _____ Fecha: _____

Referenciado o presentado por: _____

Aprobado: SI _____ NO _____	Consejo Administración de fecha:	ACTA DE CONSEJO No.
---------------------------------------	---	----------------------------

Información registrada por: _____ Cargo: _____ Fecha: _____