



Solicitud Única de Asociación - Persona Natural

Diligenciar en letra impresa sin tachones ni enmendaduras

--

Fecha de Solicitud DD MM AAAA		Ciudad	Oficina de la Ciudad donde desea recibir los servicios	
Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		No. Identificación		Lugar de Expedición
				Fecha de Expedición DD MM AAAA

Información Personal				
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre(s)
				Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Edad	Ciudad/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 Cooameva como: Graduado <input type="checkbox"/> Recién Graduado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Promotor Comercial Cooameva <input type="checkbox"/> Familiar Asociado <input type="checkbox"/> Empleado Cooameva <input type="checkbox"/> Empleado Especial <input type="checkbox"/> Educación para el trabajo y Desarrollo Humano <input type="checkbox"/>				
Dirección Residencia		Barrio	Estrato	Ciudad/Departamento
Teléfono Residencia	Teléfono Celular	Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Correo Electrónico
Declara Renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Es Funcionario Público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Administra Recursos Públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				Es reconocido publicamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Información Profesional Académica			
Título	Nombre de la Institución	Ciudad	Fecha

Actividad Laboral				
Tipo Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Rentista Capital <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>				Nombre de la Empresa
Código CIU (Para Independiente)	Dirección Oficina		Barrio	Ciudad/Departamento
Teléfono Oficina	Fax	Descripción Actividad Económica de la Empresa Servicios <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? _____		
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? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	* Tiempo en la actividad Años _____ Meses _____	* Ventas Anuales (millones de \$)
--	--	-----------------------------------

Información Financiera			
Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales	
Salario Fijo	\$ _____	Arriendos	\$ _____
Comisiones y Honorarios	\$ _____	Gastos Personales/Familiares	\$ _____
Otros Ingresos	\$ _____	Deducciones de Nómina	\$ _____
¿Cuáles? _____		Obligaciones Financieras	\$ _____
Total Ingresos	\$ _____	Otros Egresos	\$ _____
		Total Egresos	\$ _____

Descripción de Activos					
Tipo	Cantidad	Descripción	¿Tiene Seguro?	Hipoteca/Prenda	Valor Comercial (\$)
Vehículo			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Casa/Apto.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Lote			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Acciones			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Productos de Ahorro			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros Activos			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Total Activos					\$ _____

Descripción de Pasivos

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

Referencias

Tipo	Nombre	Profesión	Ciudad	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Familiar					
Personal					

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: Importaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Préstamos Moneda Extranjera <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>			
Descripción de las Cuentas Corrientes en Moneda Extranjera					
Nombre del Banco	Número de la Cuenta	Ciudad	Moneda	País	

Necesidades y Expectativas

Indique los productos y/o servicios que tiene o desearía tener: Para los productos que tiene, indique la Entidad donde se encuentran

Tipo de Producto	Detalle Productos	Tiene	Desea	Entidad/ ¿Cuál es el deseo?
Servicios de Desarrollo Empresarial	Programas de Capacitación, Asesoría y Acompañamiento Empresarial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Financiación, respaldo e Inversión Empresarial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguros Empresariales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Salud	Planes de Medicina Prepagada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Plan Obligatorio de Salud (EPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pólizas de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Plan Complementario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Programas de Salud Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Planes de Emergencia Médica Domiciliaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Educación	Postgrados y Actualización Profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Estudios para su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Crédito Educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Estudio en el Exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ahorro para Educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vehículo	Seguros de Vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Crédito de Vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguro SOAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Recreación y Turismo	Actividades Recreacionales, Culturales y Deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Planes y tiquetes Nacionales e Internacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Asistencia Médica en viajes al Exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Crédito de Turismo y Recreación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Programas Vacacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ahorro para viajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Afiliación al Club Social y Programación de eventos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Solidaridad y Seguros	Protección por Muerte, Incapacidad y Auxilio Funerario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pólizas de Seguros Patrimoniales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Programas para Adultos Mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Vivienda	Asesoría para Compra, Venta y Remodelación de Inmuebles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Financiación para Compra y Remodelación de Inmuebles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vivienda Campestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguros de Vivienda y/o contenidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios Financieros	Productos de Ahorro e Inversión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Productos y Servicios de Banca Electrónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Productos de Crédito (Tarjeta de Crédito, Educación, Vivienda, Libre Inversión, Otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguros para Tarjetas Plásticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Solicitud de Ingreso al Servicio de Previsión, Asistencia y Solidaridad

Esta solicitud forma parte del Reglamento de Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad, en el momento de ser aceptado el Aspirante como Asociado de Cooperativa y no compromete ninguna de las partes mientras no se formalice la aceptación por parte de Coomeva

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> No. _____		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**: Efisema Pulmonar, Bronquitis Crónica; **Enfermedades del Sistema Osteomuscular**: Artritis o Lesiones Musculares; **Enfermedades del Sistema Digestivo**: Gastritis, Ulcera, Hepatitis B ó C; Cirrosis; **Enfermedades del Sistema Circulatorio**: Válvulas, **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 NO

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 próximos 6 meses?

SI NO

3. Si ha tenido embarazo, ha presentado complicaciones?

SI NO

4. Ha tenido Partos por Cesárea?

SI NO

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 NO ¿Frecuencia (Semanal, Ocasional o Diaria)? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Desde cuando? _____

6. Consume bebidas embriagantes? SI NO ¿Frecuencia (Semanal, Ocasional o Diaria)? _____

Señor Asociado, antes de firmar lea detenidamente lo siguiente:

No he sido sometido a Tratamientos o Intervenciones Quirúrgicas diferentes a las relacionadas en la anterior Declaración de Salud en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma casual o secuencial. En caso de encontrarse una preexistencia declarada o comprobada por la Cooperativa exonerado al Fondo de Solidaridad de pagar los Auxilios que tengan como causa las Lesiones o Enfermedades de Preexistencia. Tanto mis actividades como mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. Tengo conocimiento de que el presente cambio de protección se aprueba en consideración a la veracidad de estas declaraciones y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, éste queda viciado de nulidad.

Si por análisis de la Auditoría Médica del Servicio, mi Estado de Salud no me permite acceder a este Valor de Protección solicitado, Autorizo el ajuste en el Valor de la Protección y su respectiva contribución de acuerdo a los montos autorizados por la Administración de los Fondos Mutuales de Solidaridad y Auxilio Funerario, así mismo, de ser necesario en sus Planes Básicos Especiales y sus respectivas Solvencias/Educación Especiales.

Inscripción de Beneficiarios Solidaridad

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													

En caso de mi muerte declaro y designo como Beneficiario(s) de los Auxilios a que tengo derecho de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad a las personas anteriormente mencionadas y en los porcentajes descritos. La designación de estos Beneficiarios por parte del Asociado es libre y voluntaria y por lo tanto se puede designar a cualquier persona.

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 Padrastros: PD -MD
Cuñado: CU Primo: PR Tío: 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. Se podrán registrar únicamente: Padres, Hijos hasta 30 años (consanguíneos o por adopción), hijos discapacitados sin límite de edad(consanguíneos o por adopción), Cónyuge o Compañero(a).

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
Muerte Natural, Accidental, Incapacidades Permanentes, Gastos Funerarios Asociado	\$ _____	_____	\$ _____
Perseverancia 60 Años	\$ _____	_____	\$ _____
Perseverancia 65 Años	\$ _____	_____	\$ _____
Incapacidad Temporal por día (a partir del día 11)	\$ _____	_____	\$ _____
Desempleo o Disminución de Ingresos/ Enfermedades Graves	\$ _____	_____	\$ _____
Segunda Opinión Médica	\$ _____	_____	\$ 1.630
Perseverancia Programada (2-15 Años)	\$ _____	_____	Plazo

Auxilio Funerario		
Cuota Mensual <input type="checkbox"/>	Cuota Única <input type="checkbox"/>	Plazo <input type="checkbox"/>
Valor SMMLV(\$)	% SMMLV(Según tipo de Vinculación)	

Cuota Mensual Solidaridad = $\sum (P \times F)$

Cuota Mensual Auxilio Funerario = $(P \times F \times \%SMMLV)$

El concepto de Desempleo ó Disminución de Ingresos/ Enfermedades Graves corresponde al 1% del SMMLV.

Consultar la Tabla de Factores en el Plegable Informativo

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.

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

Autorizaciones y Declaraciones

Solicito ser aceptado como Asociado de Coomeva, para lo cual he manifestado que tanto mis actividades como mi profesión ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de la legalidad, he suministrado información personal, financiera, de mi estado de salud y la relacionada con los productos y servicios ofrecidos por Coomeva y sus empresas, y en consecuencia realizo las siguientes declaraciones: Que me someto voluntariamente a sus Estatutos y Reglamentos, como también a cancelar mensualmente las obligaciones que adquiera. Garantizo que la información suministrada por mí y consignada en el Sistema de Información de Vinculación es fidedigna, completa y exacta y convengo que la misma sea vinculante para los productos y servicios ofrecidos por Coomeva y sus empresas, en especial los de Previsión, Asistencia y Solidaridad ofrecidos por los Fondos Mutuales de Solidaridad y Auxilio Funerario. En consecuencia, si se comprobare en cualquier tiempo que la información suministrada es falsa, inexacta o reticente, que de haber sido conocida por la Administración de los Fondos la hubieren inducido a rechazar la solicitud o disminuir la cuantía del valor de protección o cobrar una contribución superior, acepto la determinación de no ser recibido como parte de los servicios mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad o el ajuste del valor de protección a elección de la Cooperativa.

En relación con mi Estado de Salud, declaro que no he sido sometido a Tratamientos o Intervenciones Quirúrgicas diferentes a las mencionadas en mi Declaración de Salud en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma casual o secuencial, en consecuencia autorizo a los Médicos, Profesionales e Instituciones de la Salud para que suministren a la Administración del Fondo mis datos actuales e históricos sobre mi estado de salud y a entregar mi Historia Clínica, esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento. Reconozco que las preexistencias contenidas en esta información o las comprobadas, podrán ser utilizadas en todos los actos implícitos del servicio en cualquier momento y examen al Fondo de Solidaridad de reconocer y pagar los Auxilios que tengan como causa las lesiones o enfermedades preexistentes.

En cuanto a los servicios mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad ofrecidos por los Fondos Mutuales de Solidaridad y Auxilio Funerario manifiesto, que su vinculación, utilización, exclusión, periodos de carencia y demás requisitos exigidos para el reconocimiento y pago de los auxilios, se encuentran establecidos en el Reglamento de los servicios mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad que rige las relaciones entre las partes, el cual se encuentra publicado en la página web de la Cooperativa. En consecuencia, si objetivamente mi Estado de Salud no me permite acceder al valor de protección solicitado, autorizo el ajuste en el valor de la protección y su respectiva contribución de acuerdo con los montos autorizados por la Administración de los Fondos Mutuales de Solidaridad y Auxilio Funerario, así mismo o de ser necesario el cambio a sus Planes Básicos Especiales y sus respectivas Solvencias/Educación Especiales, lo anterior sin perjuicio de la posibilidad que le asiste al Fondo Mutua de negar mi permanencia en el mismo.

Los Beneficiarios designados en los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad podrán ser objeto de modificación en cualquier tiempo y podré designar a cualquier persona. Los Beneficiarios que podrá designar en Auxilio Funerario serán los familiares directos, los cuales si han sido inscritos previamente por otro Asociado o sean Asociados, no gozarán del cubrimiento de este Auxilio.

Autorizo a Coomeva y cualquiera de las Entidades que pertenezcan a su Grupo Empresarial o que llegare a pertenecer o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor, en forma permanente e irrevocable, para que: a) Consulte ante las Centrales de Información y Riesgo, o cualquier Entidad autorizada mi endeudamiento, la información comercial disponible sobre el cumplimiento o no de mis compromisos adquiridos, así como de su manejo. Igualmente para que ante dichas Entidades solicite, informe, reporte, procese o divulgue todo lo relacionado con mi nombre, comportamiento comercial y en especial sobre el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones por mi contraídas o que llegare a contraer con cualquiera de las entidades que pertenezcan al Grupo Empresarial, los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro, hábitos de pago, manejo de crédito y de cuentas, saldo de mis obligaciones crediticias, tiempo de mora en el pago de dichas obligaciones, lo mismo que el suministro de tales informaciones a quienes tuvieran interés legítimo en ella. En consecuencia, dichas entidades u otras entidades afiliadas a la Central de Información del Sector Financiero CIFIN, o cualquier otra Central de Información, conocerán mi comportamiento presente, pasado y futuro relacionado con el cumplimiento de mis obligaciones. b) Consulte, suministre, intercambie y/o remita entre ellas la información, los anexos y soportes que llegare a suministrar con ocasión de mi vinculación comercial con dichas entidades, actualizaciones o cualquier otro tipo de información acerca de la transparencia y licitud de mis actividades, para que analicen, evalúen y concluyan sobre mis hábitos y tendencias y para la realización de pruebas de mercado. c) De acuerdo a mi perfil, Bancoomeva apruebe preaprobados a mi nombre. d) Verifique la información por mi reportada ante cualquier Persona Natural o Jurídica, Privada o Pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con cualquiera de las entidades que pertenezcan al Grupo Empresarial Coomeva y me comprometo a actualizar la información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. e) Los dineros que queden a mi favor como Asociado al momento de retirarme de COOMEVA sean utilizados para cubrir mis obligaciones vencidas con otras entidades del Grupo Empresarial. f) Autorizo a Coomeva con NIT. 890 300 625-1 para que cargue a mi primer Estado de Cuenta el valor de \$ _____, correspondiente a la Cuota de Admisión como Asociado a la Cooperativa.

Lo anterior implica que la información reportada permanecerá en la Base de Datos durante el tiempo que la misma Ley establezca, de acuerdo con el momento y las condiciones en que se efectúe el pago de las obligaciones.

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veráz y verificable.

Dejo constancia que el Promotor _____ de Coomeva, mediante charla personalizada, me ha hecho conocedor de los productos y servicios que ofrece la Cooperativa y me comprometo a consultar a través de la página de Internet www.coomewa.com.co el Estatuto que rige a Coomeva y a realizar la Inducción Cooperativa en la siguiente modalidad que ofrecen:

Presencial Virtual

Autorización para Débito Automático ACH

Yo, _____, identificado con el Documento de Identidad No. _____, expedida en _____, obrando en nombre propio y de manera voluntaria, autorizo inscribir la Cuenta No. _____ de la Entidad Financiera _____, tipo Ahorros _____ ó Corriente _____, E-mail _____ con el fin de realizar el pago de mi facturación de Asociado.

Señor Usuario, 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.

Envío de Correspondencia	Fecha en la que desea cancelar su Estado de Cuenta	Medio por el cual autoriza recibir su correspondencia	Autoriza recibir información a través del Correo Electrónico	Autoriza recibir información a través de mensaje de texto a su celular
Residencia <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/>	Solo Virtual <input type="checkbox"/> Solo Físico <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Declaración Voluntaria de Origen de Fondos

Yo, _____, identificado con Documento de Identidad No. _____, expedida en _____, obrando 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 Bancoomeva con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 007 de 1996, expedida por la Superintendencia Bancaria hoy Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) Ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás Normas Legales Concordantes.

1. Los recursos que entregué en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, profesión, actividad, negocio, etc.)
2. Declaro que los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones relacionadas con tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta Entidad, 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 aquí solicitada, eximiendo a Bancoomeva de toda responsabilidad derivada de estos hechos.

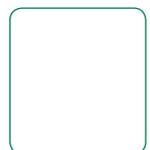
En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior (Autorización para cargar otros conceptos, Declaración de Origen de Fondos, Autorización para Consulta Reporte y compartir información a Centrales de Riesgo) firmo la presente Solicitud.

Oficina que vincula	Aprobado por	Fecha de Aprobación	Nombres y Apellidos del Promotor
		DD MM AAAA	
Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/>	No. de Identificación	Tipo de Canal: Uno a Uno <input type="checkbox"/>	Tienda Coomeva <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Campaña <input type="checkbox"/> Plan Retorno <input type="checkbox"/>

Firma Comité Regional/ Zonal de Admón Asuntos Asociados

Firma Funcionario Coomeva

Firma del Solicitante



Huella