

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: _____ Día | Mes | Año

Seleccione una opción: Asociación ☐ Reingreso ☐

Datos asociado principal

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Tipo de documento: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PAS N° de Identificación: _____ Lugar de expedición: _____

Ciudad de residencia: _____ Dirección de domicilio: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Datos asociado Huelltitas Sanitas

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Tipo de documento: ☐ R.N. ☐ T.I. N° de Identificación: _____ Fecha de nacimiento: _____ Día | Mes | Año Parentesco: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Dirección de domicilio: _____

Nivel de escolaridad: Preescolar: ☐ Primaria: ☐ Bachillerato: ☐ Otro: ☐ Correo electrónico: _____

Determinación de aportes

Valor cuota asociación Huelltitas: \$ _____
(Se cobrará una sola vez y no será reintegrada al momento del retiro)

Valor aporte mensual Huelltitas: \$ _____
Fosi: 2% de los aportes

Forma de pago

Nómina: ☐ Débito bancario: ☐

Honorarios: ☐ Consignación y/o transferencia (PSE): ☐

Autorizaciones y Declaraciones

Autorizaciones de correspondencia Huelltitas Sanitas

Autorizo al Huelltitas a recibir
correspondencia por correo electrónico: Si No

Autorizo al Huelltitas a recibir
mensajes de texto a su teléfono celular: Si No

Autorización de descuento

De ser aceptada la presente solicitud de asociación autorizo a mi empleador para que descuente periódicamente de mi salario, honorarios o derechos económicos que resulten a mi favor y transfiera a la Cooperativa de Profesionales Sanitas las sumas correspondientes a los aportes sociales y demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vínculo de asociación aquí surgido.

Mis cesantías, prestaciones sociales, sueldos, bonificaciones indemnizaciones, y/o comisiones, así como cualquier otro derecho económico que resultare a mi favor, garantizan cualquier saldo a mi cargo y a favor de la Cooperativa en caso de retiro de la empresa pagadora. Esta autorización tendrá vigencia hasta la terminación del vínculo asociativo.

Es entendido que, en el evento de no verificarse el descuento de acá autorizado, me obligo a realizar oportunamente los pagos de las obligaciones a mi cargo mediante los canales dispuestos para pago en la cuenta y entidad que se indique. Para los efectos anteriores declaro que me comprometo a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias de la Cooperativa, las cuales declaro conocer, así como los mandatos de sus órganos de administración y vigilancia.

Habeas Data - Protección de datos personales

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en mi calidad de titular de la información, doy mi consentimiento para que mis datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es la Cooperativa de Profesionales Sanitas, de igual forma autorizo a la Cooperativa de Profesionales Sanitas y a las entidades que pertenezcan o llegaren a pertenecer como entes o grupos de control, para que compartan, compilen y remitan a las autoridades fiscales y reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados, y los que serán contratados a futuro, datos de contacto, movimientos y saldos, y cualquier otra información que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras de prevención de evasión fiscal o de LA / FT, así como aquellas que las regulen, modifiquen o sustituyan, con las siguientes finalidades:

1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, alianzas, estudios, para facilitar el acceso general a la información de éstos 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con clientes y proveedores 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos, cálculos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias y control de calidad. 4. El envío de información y publicidad, incluso por vía electrónica, sobre ofertas, productos, recomendaciones, servicios, promociones, obsequios y campañas de fidelización de la Cooperativa de Profesionales Sanitas y de las distintas entidades de su propiedad, o de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa de la Cooperativa de Profesionales Sanitas haya suscrito cualquier tipo de acuerdo, convenio y/o contrato lícito acuerdos de colaboración; la extracción, almacenamiento de datos y estudios de marketing al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil particular, tanto si se formaliza o no operación alguna, como en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente. Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos, exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, que correspondan al objeto social de la Cooperativa de Profesionales Sanitas.

5. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. La base de datos donde se recoge la información cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, a CPS a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de CPS, a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual. Así mismo, a los terceros con los que CPS establezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados, así como cualquier tipo de acuerdo, convenio y/o contrato lícito. Esta autorización permanecerá vigente mientras me encuentre asociado a CPS, excepto que tenga una(s) obligación(es) pendiente de pago posterior a mi retiro, caso en el cual la autorización estará vigente hasta pago total de la(s) misma(s) o hasta que sea revocada esta autorización de acuerdo a lo establecido en la ley. Para ejercer los derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre mis datos personales, tengo conocimiento que debo enviar la solicitud al correo electrónico: cps_sanitas@colsanitas.com o entregarla en las oficinas de la CPS ubicadas en Bogotá en la Calle 125 No. 21 A – 70 Of. 501.

Instrucciones y recomendaciones

1. Diligencie la solicitud de asociación en original, letra clara y sin enmendaduras
2. Anexar la fotocopia del documento de identidad del Huelltitas.

Registro de firma y huella

Firma
solicitante: _____

C.C., C.E., ó PAS No.: _____

Huella índice
derecho