



PROMEDICO
Resolución No. 216 Mayo 5 de 1975

PROMEDICO
FONDO DE EMPLEADOS MEDICOS DE COLOMBIA

SOLICITUD DE INGRESO

VO BO AGENCIA _____ DIRECTOR

FOTO

TIPO VINCULACIÓN P C R S.S.O SI NO

DOCUMENTOS ANEXOS (EN COPIA): CÉDULA T. PROFESIONAL DIPLOMA CERT. LABORAL EXAMEN MÉDICO (40-60 AÑOS).

FECHA SOLICITUD: ____ A. / ____ M. / ____ D. AGENCIA _____ EJECUTIVO _____ GÉNERO: M F

INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDOS _____ NOMBRES _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ A. / ____ M. / ____ D.
CC ó CE No. _____ DE _____ EDAD ____ CASADO SOLTERO U. LIBRE DIVORCIADO VIUDO
DIRECCIÓN DOMICILIO _____ BARRIO _____ CIUDAD _____
DPTO _____ CEL: _____ E-MAIL: _____ CABEZA HOGAR: SI NO
PERSONAS A CARGO: ____ TIPO VIVIENDA: FAMILIAR ARRENDADA PROPIA ESTRATO: ____ TEL: _____
CÓNYUGE _____ CEL _____ MÉDICO SI NO ASOCIADO SI NO
¿ES PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (P.E.P)? SI NO VER DEFINICIÓN ANEXO 1, PUNTO 1. (AL RESPALDO).

INFORMACIÓN EDUCATIVA

TÍTULO: MÉDICO GENERAL RESIDENTE ESPECIALISTA ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO ESPECIALIZACIÓN
FECHA DE GRADO: ____ A. / ____ M. / ____ D. UNIVERSIDAD _____
TÍTULO-ESPECIALIDAD: _____ CURSOS DE ECONOMÍA SOLIDARIA: SI NO

INFORMACIÓN LABORAL

OCCUPACIÓN: EMPLEADO INDEPENDIENTE PENSIONADO CARGO _____

| INFORMACIÓN LABORAL | ENTIDAD 1 | | ENTIDAD 2 | |
|----------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| NOMBRE ENTIDAD | | | | |
| CIUDAD | | | | |
| INGRESOS MENSUALES | | | | |
| TIPO DE CONTRATACIÓN | INDEFINIDO <input type="checkbox"/> | INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> | INDEFINIDO <input type="checkbox"/> | INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> |
| | T. FIJO <input type="checkbox"/> | PREST. SERVICIOS <input type="checkbox"/> | T. FIJO <input type="checkbox"/> | PREST. SERVICIOS <input type="checkbox"/> |

EGRESOS MENSUALES _____ TOTAL ACTIVOS _____ TOTAL PASIVOS _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿CUENTA CON ALGÚN FAMILIAR QUE EJERZA ACTIVAMENTE LA MEDICINA? MENCIONARLOS A CONTINUACIÓN
NOMBRE: _____ ASOCIADO SI NO CEL: _____ PARENTESCO _____
NOMBRE: _____ ASOCIADO SI NO CEL: _____ PARENTESCO _____
NOMBRE: _____ ASOCIADO SI NO CEL: _____ PARENTESCO _____

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

REALIZA OPERACIONES SI NO CUALES _____
POSEE CUENTAS SI NO BANCO _____ No. CUENTA _____
MONEDA _____ CIUDAD _____ PAÍS _____

BENEFICIARIOS DE RECREACIÓN DIFERENTE AL CONYUGUE (Padres e hijos o máximo 2 beneficiarios ya sean abuelos, hermanos y/o nietos)

| NOMBRE | PARENTESCO | DOC. IDENTIDAD | FECHA NAC. | BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD |
|--------|------------|----------------|-----------------------------|---|
| _____ | _____ | _____ | ____ A. / ____ M. / ____ D. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | ____ A. / ____ M. / ____ D. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | ____ A. / ____ M. / ____ D. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | ____ A. / ____ M. / ____ D. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

CÓMO SE ENTERÓ DE PROMEDICO

REFERIDO POR ASOCIADO: _____ CC.: _____ DE _____
 EVENTO MEDIOS DIGITALES EJECUTIVO

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

- Declaro haber solicitado ser admitido como asociado Pleno / Consolidación / Residente de PROMEDICO y declaro me encuentro informado a cerca de la reglamentación aplicable a los servicios del Fondo (Ahorro, Crédito, previsión, bienestar y recreación) definida en el estatuto vigente y reglamentos aplicables el cual se encuentra publicado en la página www.promedico.com.co
- Declaro bajo la gravedad de juramento que fui informado por parte del funcionario Promedico de mis derechos y obligaciones como asociado tal como se encuentran plasmados en la normatividad vigente, estatutos y reglamentos, según lo establece el decreto 962 de 2018 en su Art. 2.11.11.2.2 numeral 1, así como también se me informó que puedo realizar la consulta de los mismos por los medios digitales destinados para tal fin como la página www.promedico.com.co
- Declaro que la información suministrada es verídica y autorizo a PROMEDICO para que la verifique.
- Declaro que estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente mis datos.
- Declaro conocer que PROMEDICO se reserva el derecho de otorgar o no crédito entre sus asociados según el resultado del análisis de la información presentada al momento de dicha solicitud.
- Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal como: _____ y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- Autorizo a PROMEDICO para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.
- Autorizo de manera voluntaria, libre, previa, expresa e informada a PROMEDICO para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.promedico.com.co y especificada en el anexo 1, punto 2. (al respaldo)
- Autorizo a PROMEDICO enviarme información y/o el aviso de cobro por medio de: E-MAIL MENSAJES DE TEXTO MEDIOS IMPRESOS

FR-GM-032-V4

Firma del Solicitante

Huella

1. Definición PEP

Personas Expuestas Públicamente (PEP's): Son personas nacionales o extranjeras, ya sea a título de asociado/cliente o beneficiario final, que por razón de su cargo manejan recursos públicos o tienen poder de disposición sobre éstos, se les ha confiado una función pública prominente en una organización internacional o del Estado, o gozan de reconocimiento público y pueden exponer en mayor grado a la organización solidaria al riesgo LA/FT tal como lo determina el decreto 1674 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan, adicionen, aclaren o complementen. (Definición tomada de la Guía de Gestión del Riesgo de LA/FT para el Sector Solidario 2017)

2. Cláusula de Autorización de Manejo y Tratamiento de Datos Personales, con la siguiente información:

"Autorizo de manera expresa y previa a PROMEDICO quien sera el responsable directamente o a través de terceros para que realice el tratamiento de los datos de los cuales soy titular de acuerdo a la Política de Protección de Datos Personales que se encuentra publicada en la pagina web: www.promedico.com.co, en medios físicos, digitales o electrónicos, sobre mi información personal, incluyendo, pero sin limitarse a aquella de carácter financiero, crediticio, comercial, profesional, sensible, privada, semiprivada, pasada, presente o futura, contenida en cualquier medio físico, digital o electrónico, para:

- a. Promocionar, comercializar u ofrecer, de manera individual o conjunta, productos y servicios de PROMEDICO y/o en convenio, a través de cualquier medio o canal, o para complementar, optimizar o profundizar el portafolio actualmente ofrecido.
- b. Analizar dicha información desde la vinculación y durante la vigencia de la relación asociativa y/o las relaciones jurídicas y comerciales vigentes en el tiempo.
- c. Elaborar encuestas de satisfacción, estudios y análisis de mercado, incluyendo la posibilidad de establecer contacto telefónico o por correo electrónico para dichos propósitos.
- d. Enviar mensajes, notificaciones o alertas a través de medios físicos, electrónicos o digitales para remitir estados de cuenta, divulgar información legal, de seguridad, promociones, campañas, sorteos, eventos u otros beneficios e informar acerca de los ajustes en los productos y/o servicios. Declaro haber sido informado sobre mi derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, conocer el carácter facultativo de mis respuestas a las preguntas que sean hechas cuando versen sobre datos sensibles o sobre datos de los niños, niñas o adolescentes, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la autoridad competente por infracción a la ley una vez haya agotado el trámite de consulta o reclamo ante PROMEDICO, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, en los casos en que sea procedente, acceder en forma gratuita a los mismos. Adicionalmente mediante el otorgamiento de la presente autorización, manifiesto que los datos personales suministrados son veraces, verificables y completos."