



**PROMEDICO**  
FONDO DE EMPLEADOS MEDICOS DE COLOMBIA

**PROMEDICO**  
Resolución No. 216 Mayo 5 de 1975

**SOLICITUD DE INGRESO**

VO BO AGENCIA \_\_\_\_\_ DIRECTOR \_\_\_\_\_

**FOTO**

TIPO VINCULACIÓN P  C  R  S.S.O SI  NO

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

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: A / M / D HORA \_\_\_\_\_ AGENCIA \_\_\_\_\_ EJECUTIVO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PERSONAL**

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: A / M / D  
 1. C.C No. \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO M  F   
 2. C. EXTRANJERO DE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DOMICILIO \_\_\_\_\_ BARRIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ DPTO. \_\_\_\_\_  
 TEL: \_\_\_\_\_ TEL. EMERGENCIA \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 ENVIO AVISO DE COBRO: FÍSICO (RESIDENCIA)  DIGITAL (E-MAIL)  FECHA DE CORTE: 15  30  CABEZA DE HOGAR: SI  NO

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

TIPO DE VIVIENDA: FAMILIAR  ARRENDADA  PROPIA  ESTRATO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EDUCATIVA**

TITULO ACADÉMICO: MEDICO GENERAL  RESIDENTE  ESPECIALISTA  TIPO DE VINCULACIÓN: P  C  R   
 NIVEL DE ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO  ESPECIALIZACIÓN  MAESTRÍA  DOCTORADO  POSTDOCTORADO   
 FECHA DE GRADO: A / M / D UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_  
 CURSOS DE ECONOMÍA SOLIDARIA: SI  NO  TITULO-ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN LABORAL**

EMPRESA \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_ ANTIGÜEDAD: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
 TIPO DE OCUPACIÓN: EMPLEADO  INDEPENDIENTE  PENSIONADO  ESTUDIANTE   
 TIPO DE CONTRATACIÓN: INDEPENDIENTE  INDEFINIDO  TERMINO FIJO  PRESTACIÓN SERVICIOS  INGRESOS PROMEDIO MES: \_\_\_\_\_  
 OTROS INGRESOS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_ EGRESOS MENSUALES \_\_\_\_\_ TOTAL ACTIVOS \_\_\_\_\_ TOTAL PASIVOS \_\_\_\_\_  
 ¿ES PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (P.E.P's)? SI  NO  VER DEFINICIÓN ANEXO 1, PUNTO 1. (AL RESPALDO).

**OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA**

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI  NO  CUALES \_\_\_\_\_  
 POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA SI  NO  BANCO \_\_\_\_\_ No. CUENTA \_\_\_\_\_  
 MONEDA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_

**COMPOSICIÓN FAMILIAR**

NOMBRE DEL CONYUGE \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO A / M / D OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ No. DE PERSONAS A CARGO \_\_\_\_\_  
 No. DE HIJOS \_\_\_\_\_ SI EL CONYUGE ES MEDICO, ES AFILIADO AL FONDO? SI  NO

**BENEFICIARIOS DE RECREACIÓN DIFERENTE AL CONYUGE (padres e hijos o máximo 2 beneficiarios hasta 2º grado)**

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**

AUTORIZO A PROMEDICO enviarme información. E-MAIL  MENSAJES DE TEXTO  MEDIOS IMPRESOS

- \* Por la presente solicito ser admitido como asociado Pleno  / Consolidación  / Residente  de PROMEDICO y declaro me encuentro informado acerca 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 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.
- \* 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.
- \* Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a PROMEDICO para que la verifique.
- \* Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente mis datos.
- \* 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).

Firma del Solicitante

Huella

**PARA USO EXCLUSIVO DE PROMEDICO**

SE APROBÓ SU INGRESO SI  NO  APLAZADO

ACTA No. \_\_\_\_\_ DE A / M / D

OBSERVACIONES

## **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 de LA/FT. (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](http://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."