



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES DEL HOSPITAL SANTA MARGARITA

COOPTRAHSM

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL ASOCIADO

DATOS PERSONALES:			
NOMBRES:		APELLIDOS:	
TIPO DE DOCUMENTO:		No. DE DOCUMENTO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION
TI.	CC.	CE.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL:

OTROS DATOS PERSONALES:		
PROPIEDADES		
CASA:	CARRO:	MOTO:
NUCLEO FAMILIAR Y/O PERSONAS A CARGO		
NOMBRE	DOCUMENTO IDENTIDAD	PARENTESCO CON AFILIADO

INFORMACIÓN DE CONTACTO:			
DIRECCIÓN	CIUDAD	CELULAR	EMAIL
NIVEL EDUCATIVO:		OCUPACIÓN ACTUAL:	

INFORMACIÓN LABORAL		
NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN	CARGO QUE OCUPA
TELEFONOS	BARRIO	CIUDAD

INFORMACIÓN FINANCIERA:			
INGRESOS ACTIVIDAD PRINCIPAL	\$	REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	SI () NO ()
OTROS INGRESOS	\$	TIENE CUENTAS EN EL EXTERIOR:	SI () NO ()
TOTAL, DE INGRESOS	\$	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	SI () NO ()
		PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE	SI () NO ()

TOTAL, ACTIVOS	\$	VALOR DEL APORTE MENSUAL	\$
TOTAL, PASIVOS	\$		

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES
1-Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a COOPTRAHSM para que sea verificada. 2-Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente esta información. 3-Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. También, que el origen de los recursos y demás, proceden del giro ordinario de actividades lícitas y provienen de las fuentes suministradas en el presente formulario. 4-Autorizo de manera permanente, expresa e irrevocable a COOPTRAHSM, para que esta información sea almacenada, gestionada en centrales de información, gestionada por terceros que provean servicios a COOPTRAHSM para el adecuado funcionamiento de la Entidad y para dar cumplimiento a los requerimientos legales, de acuerdo a lo reglamentado en la legislación vigente de habas data y tratamiento de datos personales.

ESPACIO PARA COOPTRAHSM	FIRMA DENTRO DEL ESPACIO	HUELLA
FECHA DE RADICACIÓN		
ASESOR QUE RECIBE		
MODALIDAD DESCUENTO		