

RECOMENDACIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE ASOCIADOS

- El formulario será válido siempre y cuando cuente con la información completa y veraz: datos, huella, firma y los soportes correspondientes (fotocopia del documento de identidad del aspirante o asociado y sus beneficiarios, declaración juramentada de no estar inhabilitado para pertenecer a organizaciones solidarias, certificado de educación en mutualismo o cooperativismo u otros que sean requeridos).
- Debe diligenciarse con letra clara y legible.
- Deben llenarse todos los campos, excepto los que por su condición no le sean aplicables.
- En los campos de recuadros seleccionables, elija su respuesta marcando una “X”.
- No se admiten enmendaduras, borrones, tachones, ni cualquier tipo de deterioro que no permita una clara lectura del formulario.



PRIMERA PÁGINA

MARQUE CON UNA **X** SI
YA ES ASOCIADO (DEBE
LLENAR EL FORMULARIO PARA
TENER LOS DATOS
ACTUALIZADOS)

MARQUE CON UNA **X** SI
VA A HACER LA
SOLICITUD POR
PRIMERA VEZ



FORMULARIO DE ASOCIADOS

Por favor responda con una (X) los campos rellenables y diligencie de manera clara los campos de escritura. No se admiten tachones ni enmendaduras, es obligatorio el diligenciamiento completo del formulario.

Por favor indique el tipo de solicitud: ASOCIADO ASPIRANTE A ASOCIADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

INDIQUE LA FECHA EN
LA QUE LLENA EL
FORMULARIO

1. INFORMACIÓN GENERAL

SE DEBEN LLENAR
TODOS LOS
CAMPOS SIN
EXCEPCIÓN

INIQUIE LOS DATOS
DE SU CONYUGE O
COMPAÑERO (A)
PERMANENTE

EN CASO QUE EL
ASPIRANTE O
ASOCIADO SEA
MENOR DE 14 AÑOS
ES OBLIGATORIO
DILIGENCIAR ESTOS
CAMPOS

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cédula Tarjeta de Identidad Pasaporte Cédula de Extranjería

Carnet Diplomático NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ EXPEDIDO EN: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ CORREO EL

EDAD: ____ SEXO: M F DISCAPACIDAD: SI NO CUÁL? _____

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____ BARRIO: _____

MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ No. DE HIJOS: _____

DATOS DEL CONYUGE:

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cédula Tarjeta de Identidad Pasaporte Cédula de Extranjería

Carnet Diplomático NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ EXPEDIDO EN: _____

DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ÚNICAMENTE SI USTED ES MENOR DE 14 AÑOS (POR FAVOR INDIQUE LOS DATOS DE SU REPRESENTANTE LEGAL).

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cédula Tarjeta de Identidad Pasaporte Cédula de Extranjería

Carnet Diplomático NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ EXPEDIDO EN: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

EDAD: _____ SEXO: M F ESTADO CIVIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO LUGAR DE NACIMIENTO: _____

MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

SOLTERO(A)
CASADO(A)
UNIÓN LIBRE
VIUDO(A)

SI NO TIENE HIJOS
DEBE PONER "0"

INDIQUE EL
ÚLTIMO NIVEL
EDUCATIVO
FINALIZADO

2. INFORMACIÓN EDUCATIVA

NIVEL EDUCATIVO
Ninguno Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Profesional Posgrado

ÚLTIMO TÍTULO OBTENIDO: _____ AÑO DE FINALIZACIÓN: _____

3. INFORMACIÓN ECONÓMICA

SEÑALE EL PROMEDIO DE SUS INGRESOS MENSUALES:

1. Menos de \$300.000 mensuales
2. Entre \$300.000 y \$600.000 mensuales
3. Entre \$600.000 y \$1.000.000 mensuales
4. Más de \$1.000.000 mensuales

SEÑALE LA ACTIVIDAD U OCUPACIÓN QUE ORIGINA SUS INGRESOS:

SEÑALE EL RANGO DEL VALOR DE SUS ACTIVOS (valor de los bienes que posee, casas, vehículos entre otros)

1. Menos de \$1.000.000
2. Entre \$1.000.000 y \$20.000.000
3. Entre \$20.000.000 y \$50.000.000
4. Más de \$50.000.000

SEÑALE EL PROMEDIO DE SUS GASTOS MENSUALES:

1. Menos de \$300.000 mensuales
2. Entre \$300.000 y \$600.000 mensuales
3. Entre \$600.000 y \$1.000.000 mensuales
4. Más de \$1.000.000 mensuales

SEÑALE EL RANGO DEL VALOR DE SUS PASIVOS (valor de las deudas u obligaciones que posee)

5. Menos de \$1.000.000
6. Entre \$1.000.000 y \$20.000.000
7. Entre \$20.000.000 y \$50.000.000
8. Más de \$50.000.000

La vivienda donde usted habita es: Propia Arrendada Otra ¿Cuál? _____

ESCRIBA LA
OCUPACIÓN ACTUAL
DE DONDE
PROVIENEN LOS
INGRESOS.

SELECCIONE SOLO UNA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA
PARA CADA PREGUNTA

SEGUNDA PÁGINA

4. INFORMACIÓN ADICIONAL

a. ¿Usted ha pertenecido a alguna otra organización social? SI NO ¿Cuál? _____

b. ¿Usted maneja recursos públicos? SI NO

c. ¿Usted maneja algún grado de poder y/o reconocimiento público? SI NO

d. ¿Es usted servidor público? SI NO

e. ¿Usted realiza operaciones internacionales? SI NO

Diligencie esta parte solo si respondió **SI** en la pregunta anterior (e. ¿Usted realiza operaciones internacionales?). Por favor indique el tipo de operación:

Importaciones	<input type="checkbox"/>	Envío y/o recepción de giros	<input type="checkbox"/>
Exportaciones	<input type="checkbox"/>	Pago de servicios	<input type="checkbox"/>
Inversiones	<input type="checkbox"/>	Transferencias	<input type="checkbox"/>
Préstamos	<input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	

SELECCIONE
SOLO UNA DE
LAS OPCIONES
DE RESPUESTA
PARA CADA
PREGUNTA

5. INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO DIA/MES/AÑO	PARENTESCO

NOMBRES Y
APELLIDOS
COMPLETOS

CC, TI,
RC

ESCRIBIR EL
NÚMERO DE
DOCUMENTO
COMPLETO

EJEMPLO:
01/01/2010

ESCRIBA EL
PARENTESCO DEL
BENEFICIARIO
PADRE, MADRE,
HIJO(A), ESPOSO(A)

ES IMPORTANTE PARA MUTUAL SER LA
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE
SUS DATOS, POR FAVOR NO OLVIDE
DILIGENCIAR ESTE CAMPO.

7. DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE: El responsable del tratamiento de la información es MUTUAL SER EPS, cuyos datos son los siguientes: Número de Identificación Tributaria (NIT) 806008394-7 Dirección Electrónica: www.mutualsereps.org, correo electrónico: protecciondedatos@mutualser.org y línea servicio al cliente 018000116882.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI NO

Mediante la firma de este documento manifiesto mi voluntad de acatar y cumplir los estatutos y reglamentos, así como las demás normas y prácticas de Mutual SER EPS, además notifico que la información aquí contenida es veraz y autorizo para que pueda ser verificada en cualquier momento y me comprometo a actualizarla cuando exista alguna variación. Diligencio y firmo el presente documento a los ____ días del mes de _____ del año _____, en el municipio de _____.

NO DEJAR CAMPOS
VACÍOS Y PONER
LA HUELLA DE
INDICE DERECHO
SIN REPASAR Y DE
TAL MANERA QUE
QUEDE CLARA

FIRMA DEL ASOCIADO O ASPIRANTE
TIPO Y NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

NOMBRE COMPLETO DE QUIEN DILIGENCIA EL FORMULARIO: _____

TIPO Y NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:



HUELLA INDICE DERECHO

ESTE ESPACIO ES DE USO EXCLUSIVO DE MUTUAL SER EPS-S. La vinculación en calidad de Asociado a Mutual SER EPS-S está sujeta al resultado detallado en este espacio.

NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE DE MUTUAL SER QUE VERIFICA LOS DATOS: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: _____

CARGO Y/O DENOMINACIÓN DE REPRESENTACIÓN: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN: ADMITIDO: NO ADMITIDO:

NO LLENAR LOS
DATOS DE ESTE
ESPACIO, ESTA
INFORMACIÓN
SOLO DEBE SER
LLENADA POR EL
RESPONSABLE DE
MUTUAL SER EPS.