



FORMULARIO DE ASOCIADOS

www.mutualser.org
 NIT: 806008394-7

Por favor diligencie los campos requeridos de acuerdo con su condición actual, no debe dejar ningún dato sin llenar, en los casos que no le aplique alguno de los campos solicitados por favor indíquelo llenando el campo con N.A. La información contenida en este formulario será tratada de acuerdo con la política de tratamiento de datos de Mutual SER EPS.

Indique el tipo de solicitud		ASOCIADO		ASPIRANTE ASOCIADO			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DIA	MES	AÑO			
1. INFORMACIÓN PERSONAL							
TIPO DE DOCUMENTO	CC	CE	PASAPORTE	TI	CD		
NUMERO DOCUMENTO	N°						
LUGAR DE EXPEDICION	FECHA DE EXPEDICION			DIA	MES	AÑO	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN DOMICILIO	BARRIO O VEREDA DOMICILIO		CIUDAD/MUNICIPIO DE DOMICILIO			DEPARTAMENTO DE DOMICILIO	
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR		OTRO TELÉFONO /FIJO /FAX			NACIONALIDAD	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				DIA	MES	AÑO	SEXO
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	VIUDO	DIVORCIADO		
PROFESIÓN/OCUPACIÓN						N° HIJOS	
¿Usted ha pertenecido a alguna organización social?		SI	NO	¿Cuál?			
¿Maneja recursos públicos?		SI	NO	¿Tiene reconocimiento público?		SI	NO
¿Ejerce algún grado de poder público?				SI	NO		
¿Se encuentra actualmente o ha desempeñado cargos públicos en los últimos dos años?				SI	NO		
Indique el último cargo desempeñado							
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?				SI	NO	Indique el vínculo	
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?				SI	NO		
En caso de diligenciar SI, por favor indique el tipo de operación							
Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Prestamos				
Otro	Cual						
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				SI	NO	Indique el país	
2. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESO MENSUAL	OTROS INGRESOS MENSUALES	TOTAL, INGRESOS MENSUALES			TOTAL, EGRESOS MENSUALES		
\$	\$	\$			\$		
TOTAL, ACTIVOS				TOTAL, PASIVOS			
\$				\$			
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS							
INDIQUE LA ACTIVIDAD U OCUPACIÓN QUE ORGINAN SUS INGRESOS							
La vivienda donde usted habita es:		Propia	Arrendada	Otra	¿Cuál?		
3. INFORMACIÓN ACADÉMICA							
NIVEL ACADÉMICO		FINALIZÓ (SI/NO)		NINGUNO	PRIMARIA		
BACHILLERATO	TECNICO	TECNOLOGO	PREGRADO	POSTGRADO			
ÚLTIMO TÍTULO OBTENIDO				AÑO DE FINALIZACIÓN			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA							
4. AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES							

En cumplimiento a la normatividad vigente sobre el uso y protección de datos "Habeas Data", como se establece en la ley 1581 de 2012, requerimos a nuestros asociados su autorización para dar manejo a la información personal consignada en nuestras diferentes bases de datos, la cual se ha recolectado producto del desarrollo de nuestras actividades comerciales y objeto social a lo largo de los últimos años. Por lo anterior, declaro que he sido informado de manera clara y expresa en los siguientes puntos:

1. DEFINICIONES: POR DATOS PERSONALES se hace referencia a cualquiera o todos los datos personales que he entregado, entrego y entregaré a MUTUAL SER EPS para su tratamiento, incluyendo mis datos personales sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos.
2. ALCANCE: MUTUAL SER EPS en cumplimiento al Decreto 1377 de 2013 y la ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales "Habeas Data" y para asegurar el riesgo en salud de la población afiliada tanto en régimen subsidiado como en régimen contributivo, requiere de información básica personal de sus afiliados, prestadores, proveedores, funcionarios y asociados que será utilizada de manera transparente, lícita, segura, confiable, y únicamente se emplearán para los fines concernientes con nuestro objeto social.
3. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES: Nuestros DATOS PERSONALES serán tratados por MUTUAL SER EPS, esto es, serán recolectados, almacenados, usados, analizados, circulados, compartidos, transmitidos, transferidos, suprimidos, o cualquier otro tratamiento que llegue a ser necesario para las siguiente finalidad: Como ASOCIADO para la afiliación como asociado, registro de sus necesidades socioeconómicas (educación, vivienda, salud), para el envío de información a través de Email, Mensajes de texto (SMS y/o MMS) o de cualquier otro medio de

comunicación sobre su afiliación como asociado y/o cambios en la normatividad vigente.

4. PERSONAS QUE HARÁN TRATAMIENTO: Que los DATOS PERSONALES serán tratados de conformidad con las finalidades señaladas por MUTUAL SER EPS como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios como terceros vinculados. Los terceros vinculados necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con MUTUAL SER EPS, tales como: talleres, call centers, investigaciones, estudios estadísticos, abogados externos, especialistas de la salud, centros de apoyo logístico y valoración.

5. DATOS SENSIBLES: Declaro que me ha sido informado que la entrega de los Datos Sensibles, como aquellos relativos a la salud y biométricos, son de carácter facultativo, que no he sido obligado a entregarlos, que la finalidad para los que han sido entregados me ha sido debidamente informada, y que hago entrega de ellos para la mejor ejecución del contrato que celebro con MUTUAL SER EPS.

6. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en el Decreto 1377 de 2013. Especialmente tengo derecho a: conocer, consultar, actualizar y rectificar los DATOS PERSONALES; solicitar prueba de la autorización otorgada; ser informado, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a mis DATOS PERSONALES; presentar quejas, reclamos o solicitudes ante las autoridades correspondientes o directamente ante MUTUAL SER EPS; revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; y acceder en forma gratuita a los DATOS PERSONALES que hayan sido objeto de Tratamiento.

7. DEBERES DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados en la presente autorización son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable; por ello, autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, nacional o extranjera desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial o financiera con MUTUAL SER EPS. De igual forma, me comprometo actualizar o confirmar la información y/o documentación cada vez que lo amerite, o cuando se presente cualquier cambio en la información relacionada con: los datos de contacto, el lugar de residencia fiscal y/o domicilio, dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se produzca dicho cambio.

8. POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Declaro que me han informado que las Políticas de Tratamiento de Datos Personales de MUTUAL SER EPS se encuentran a mi disposición de forma permanente en la página, www.mutualsereps.org

9. 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.

10. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, previa e informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento y se suscribe en forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI NO

Autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los sensibles: SI NO

Autorizo me contacten y envíen información por SMS, correo electrónico o cualquier otro medio físico o digital: SI NO

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y LAS RELACIONADAS CON EL SARLAFT

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de MUTUAL SER EPS sobre el sistema de gestión de riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro que los recursos o bienes que se utilizarán en desarrollo la vinculación como asociado de Mutual SER EPS provienen de actividades lícitas, de conformidad con las leyes vigentes.

2. Todas las actividades que realizo y los ingresos que percibo son de origen lícito.

3. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectúe transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Todas las actividades que realizo y los ingresos que percibo son de origen lícito.

5. No me encuentro en ninguna lista de personas reportadas o bloqueadas por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad. Que a la fecha en mi contra no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores, además autorizo la consulta de mis datos en listas restrictivas por parte de Mutual SER EPS.

4. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes durante mi vinculación contractual con MUTUAL SER EPS. Autorizo mi desvinculación por justa causa con MUTUAL SER EPS, en caso de violar las normas relacionadas con el lavado de activos y la financiación del terrorismo, y así mismo exonerar a la empresa de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado.

6. FIRMA Y HUELLA

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 es exacta y veraz en todas sus partes. Autorizo para que pueda ser verificada en cualquier momento y me comprometo a actualizarla cuando exista algún cambio. Diligencio y firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en el municipio de _____

FIRMA DEL ASOCIADO O ASPIRANTE

TIPO Y NUMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

NOMBRE COMPLETO DE QUIEN DILIGENCIA EL FORMULARIO: _____

TIPO Y NUMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

HUELLA INDICE
DERECHO

ESTE ESPACIO ES DE USO EXCLUSIVO DE MUTUAL SER EPS-S. La vinculación en calidad de Asociado de 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