

Barranquilla, 7 de septiembre de 2023

Señores  
Cooperativa de Ahorro y Crédito – COASMEDAS  
Atn: Dr. Edgar David La Rotta García  
Presidente Comité Nacional de Solidaridad  
Atn: Dra. Ana Delina Pabón Lizarazo  
Secretaria Comité Nacional de Solidaridad  
E. S. D.

Asunto: Reconsideración a la respuesta de fecha 24/08/2023 - solicitud de auxilio de hospitalización.

Estimados señores:

De antemano, agradezco la atención a la presente, por la respuesta del análisis y decisión del caso expuesto a mi solicitud del **AUXILIO DE HOSPITALIZACIÓN**, donde me presentan negación por darse las condiciones del artículo 70 del Reglamento del Fondo Mutual de previsión, asistencia y solidaridad.

Teniendo en cuenta que estatuto de la cooperativa en su artículo 4º, " establece como uno de los objetivos generales de la misma, es impulsar entre los asociados **la ayuda mutua y prestar servicios de solidaridad"**.

Me conlleva a expresarles las siguientes consideraciones para que las evalúen y las tengan presente a dicha valoración:

**Primero:** A fecha tengo 53 años de edad, nací el 20 de marzo 1970. De esta manera cumplo con unos de los requisitos para dar validez al "ARTÍCULO 70. CONDICIÓN DE COTIZACIÓN MÍNIMA SEGÚN LA EDAD AL MOMENTO DE AFILIACIÓN.

Para pertenecer a COASMEDAS no hay límite de edad; sin embargo, él (la) asociado(a) tiene derecho a los Auxilios del Fondo Mutual de Previsión, Asistencia y Solidaridad sí ha efectuado aportes (Sociales, manejo, solidaridad) y ha permanecido afiliado durante un tiempo mínimo, de acuerdo a su edad al momento de su ingreso, así:

<b>EDAD AL INGRESO</b>	<b>COTIZACIÓN MÍNIMA DE APORTES Y TIEMPO MÍNIMO DE AFILIACIÓN</b>
De 46 a 54 años	Siete (7) meses"

**Segundo:** De acuerdo a la copia de solicitud de vinculación y actualización de datos persona natural, firmada y con mi huella fue el día 01 noviembre de 2022, para lo cuanto con 310 días de afiliación al día de hoy.

Dia de afiliación (1 noviembre de 2022)

<b>DIAS</b>	<b>MES</b>
30	<b>1 DE NOVIEMBRE2022</b>
31	DICIEMBRE 2022
31	ENERO 2023
28	FEBRERO 2023
31	MARZO 2023
30	ABRIL 2023
31	MAYO 2023
30	JUNIO 2023
31	JULIO 2023
31	AGOSTO 2023
7	SEPTIEMBRE 2023

**310** DIAS equivalentes a 10 meses de estar afiliada de acuerdo a la fecha (01 de noviembre de 2022) de vinculación y actualización de datos persona natural.

**Tercero:** El formato de la relación beneficiarios de aportes y fondo de solidaridad también tiene fecha de 01 de noviembre de 2022. Para lo cual está con mí firma y con mi huella.

**Cuarto:** El formato de autorización tratamiento de datos y forma de pago en oficina cuenta con mi firma y huella.  
Como también el recibo de forma de pago – afiliación oficina. Por valor de Ochenta y cuatro mil doscientos pesos m.cte \$ 84.200.00 recibido por la Promotora.

**Quinto:** Dentro de mis requerimientos solicite me informaran la relación como Asociado y me entregan la relación PRODUCTOS POR CLIENTE donde aparece la siguiente relación:

<b>Prod.</b>	<b>Rol</b>	<b>Tipo</b>	<b>Cuenta</b>	<b>Estado</b>	<b>Oficina</b>	<b>Inicio</b>
Aporte	Asociado	APORTES	50870356	vigente	Barranquilla	<b>11/24/2022</b>
Aporte	Asociado	FONDOS	50870356	vigente	Barranquilla	<b>11/24/2022</b>

Demostrando una diferencia de VEINTE Y CUATRO (24) DIAS después de mi afiliación y/o presentación de mis documentos como Asociada, ya que lo realice el **día 1 de noviembre de 2022.**, para lo cual me PERJUDICA porque ahora que necesito de este auxilio de hospitalización no lo están validando por los días de cobertura. Situación que no estoy de acuerdo porque es un perjuicio para mi.

De esta manera necesito saber bajo que consideraciones determinan ustedes los días de diferencia para la toma de decisión en la aceptación.

**Sexto:** De esta manera me están demostrando que muy a pesar que presente mis requisitos para ingresar como Asociado a COASMEDAS, no fue DIGITALIZADO como yo me había confiado en esa fecha. CONDICION O SITUACION que no debo asumir. Porque la confianza se le entrego a ustedes como Entidad solidaria.

De esta manera podrían revisar la radicación de la afiliación antes que validen la fecha de procesos internos, porque la fecha de afiliación debe cuadrar con la fecha de los pagos recibidos. Para lo cual tengo derecho al beneficio del auxilio de hospitalización.

**Séptimo:** En el artículo 32 el Fondo Mutual de Previsión, Asistencia y Solidaridad refiere al AUXILIO DE HOSPITALIZACIÓN **"como una protección económica en favor del asociado, cuando se encuentre afectada su salud y como consecuencia de ello se encuentre registrado como paciente de un hospital por prescripción médica y utilice al menos tres (3) días completos de hospitalización y hasta treinta (30) días por causas diferentes"**.

**En los siguientes se refiere:**

**ARTÍCULO 33. MONTO DEL AUXILIO.** El Asociado que haya permanecido tres o más días hospitalizado y hasta treinta (30) días como máximo de hospitalización anual, tendrá derecho a un auxilio por cada día de hospitalización, cuyo valor será determinado anualmente por la Asamblea General de Delegados de COASMEDAS, previo estudio actuarial que presentará el Comité Nacional de Solidaridad, por delegación del Consejo de administración de COASMEDAS.

**ARTÍCULO 34. EXCLUSIONES.** En el auxilio de Hospitalización de COASMEDAS, no se amparan hospitalizaciones que resulten como consecuencia de:

- a) Cirugía plástica o cosmética como producto de intervención estéticas, no funcionales,
- b) Curas de reposo (tratamiento de enfermedades mentales de reposo, alcoholismo, drogadicción),
- c) Chequeos Ejecutivos.
- d) Patologías de enfermedades graves preexistentes a la fecha de afiliación y que sean desencadenantes o estén relacionadas con la causa de la hospitalización. Para este efecto se entenderán como enfermedades graves las que se encuentren dentro de la clasificación establecida en el artículo 49 del presente acuerdo.

**ARTÍCULO 35. REQUISITOS DE VINCULACIÓN.** Por el hecho de afiliarse a COASMEDAS queda directamente vinculado al auxilio de hospitalización, por tanto, el único beneficiario de este auxilio será el Asociado o el beneficiario que éste designe si falleciere estando hospitalizado.

**ARTÍCULO 36. RECONOCIMIENTO DEL AUXILIO.** COASMEDAS reconocerá directamente cuando el Asociado cumpla los requisitos para acceder al mismo exigidos en este reglamento, siempre y cuando la solicitud se presente dentro de los seis (6) meses siguientes, contados a partir del egreso de la I.P.S y se acompañe la documentación exigida en este reglamento

**ARTÍCULO 37. REQUISITOS.** Son requisitos los siguientes:

1. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asociado,
2. Certificación o constancia en Original expedida por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S.) debidamente reconocida, acompañadas de la Historia Clínica o Epicrisis (resumen de Historia Clínica en donde se encuentre la fecha de inicio y terminación de la hospitalización
3. Estar en condición de paz y salvo.

Parágrafo: A criterio de la Cooperativa podrá exigirse resumen de la historia clínica.

**Octavo:** Todo lo anterior es para que reconsideren la decisión y analicen que si tengo derecho al auxilio de hospitalización al momento de darle conocimiento a ustedes cuando estuve hospitalizada en la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE desde el 18 de junio de 2023 hasta el 11 de julio de 2023. Con la patología Síndrome de RAYMOND. Para un total de 24 días.

**Noveno:** De acuerdo a la cobertura del inicio de mi hospitalización yo contaba con 229 días equivalentes a siete meses y seis días en calidad de asociada de COASMEDA.

DIAS EQUIVALENTE	/	MES
30	30	<b>1 DE NOVIEMBRE 2022 AFILIACION</b>
31	30	DICIEMBRE 2022
31	30	ENERO 2023
28	30	FEBRERO 2023
31	30	MARZO 2023
30	30	ABRIL 2023
31	30	MAYO 2023
18	18	<b>18 DE JUNIO 2023 HOSPITALIZACION</b>

229- DIAS CORRESPONDEN A SIETE MESES Y 6 DIAS.

La asistencia y contribuir al bienestar de los asociados y sus beneficiarios a través del otorgamiento de auxilios económicos en situaciones especiales de previsión y calamidad, es una de estas razones me asocie a esta desguinda Cooperativa, donde la calidad humana prevalece, como lo dice el artículo 1. Del Fondo Mutual de Previsión, Asistencia y Solidaridad y en el **PARÁGRAFO**. "Entiéndase como previsión el medio por el cual el grupo de asociados se prepara para enfrentar económicamente la ocurrencia de riesgos propios a través del esfuerzo mutuo como expresión de solidaridad".

"Entiéndase como asistencia el conjunto de actos tendientes a auxiliar a los asociados en especiales situaciones de calamidad producidas por hechos fortuitos o fuerza mayor y que, por ende, no fueron objeto de previsión, tales como incendios, terremotos, etc".

Aunque no haya pasado un incendio, ni un terremoto en mi vida. Si sucedió algo inesperado en mi salud. Para lo cual no esperaba estar tantos días hospitalizada en una Clínica, que no es nada agradable por una patología que aún se desconoce el remedio para su cura. Porque continuo en tratamiento y además cuento con mi EPS que juntas lograremos mi recuperación total.

Coasmeda me abrió las puertas y me realizó una compra de cartera además que participare de las grandes bondades que reciben los afiliados y les manifiesto que ustedes como entidad solidaria deben ponerse en mis zapatos ya que hago parte de esta familia y la consideración de los días que no tuvieron en cuenta desde mi afiliación sería muy mínima, de manera que solicito la **RECONSIDERACION**

Alejandra Maria Goenaga Florez  
CC No. 50.870.356  
[Alejandrangoenaga1970@gmail.com](mailto:Alejandrangoenaga1970@gmail.com)  
3145249319

**Y RECONOZCAN LOS DIAS QUE USTEDES APROPIEN DENTRO DE ESTA SOLICITUD PORQUE CONSIDERO QUE SI TENGO EL DERECHO A RECIBIR MI AUXILIO DE HOSPITALIZACION COMO LO DICE EL ARTICULADO.**

Anexo a esta petición los siguientes documentos:

1. Solicitud de vinculación y actualización de datos personas natural de fecha 1 de noviembre de 2022.
2. Relación beneficiarios de aportes y fondo de solidaridad de fecha 1 de noviembre de 2022.
3. Autorización tratamiento de datos y forma de pago en oficina y forma de pago afiliación oficina de fecha 01 de noviembre de 2022.
4. Copia carta de respuesta fecha 24 de agosto de 2023.
5. Copia productos por cliente.
6. Copia certificación de Incapacidad

Recibo notificaciones a la carrera 77 A No. 85-75 torre 5 Apto 501 Conjunto Residencial San Marino Barranquilla – Atlántico. Celular 3145249319 al correo electrónico: [Alejandrangoenaga1970@gmail.com](mailto:Alejandrangoenaga1970@gmail.com).

*Cordialmente,*

ALEJANDRA MARIA GOENAGA FLOREZ  
CC No. 50.870.356 Barranquilla

CC: Oficina Barranquilla.

T. 2953

Ciudad - Oficina Barranquilla	Fecha de Solicitud Día: 01 Mes: 11 Año: 2022	Código Cliente 256922	No. Trámite
----------------------------------	---	--------------------------	-------------

(Diligenciar en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras - Los campos que no aplique coloque una raya)

Tipo de Afiliación

Profesional	<input checked="" type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>
Funcionario	<input type="checkbox"/>	Coasmedito	<input type="checkbox"/>
Pensionado	<input type="checkbox"/>	Libranza	<input type="checkbox"/>
Familiar	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Asociado	<input type="checkbox"/>
Compañero	<input type="checkbox"/>	Fallecido	<input type="checkbox"/>
Permanente	<input type="checkbox"/>		

Afiliación

Nueva	<input checked="" type="checkbox"/>
Reafiliación	<input type="checkbox"/>

C 322723

Para la actualización de datos es necesario diligenciar como mínimo los espacios sombreados y la información no vigente. Para el resto de solicitudes se debe diligenciar tanto los espacios sombreados como los espacios en blanco.

### INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres Completos: Alejandra Maria		Primer Apellido: Coenaga		Segundo Apellido: Florez		Fecha de Nacimiento: 20/03/70	
Nacionalidad: Colombiana	Lugar de Nacimiento: Planeta R. Departamento: Córdoba	Documento Identidad: C.C. No. 10870256	No. Documento Identidad: 26/04/88	Fecha Expedición: 26/04/88	Fecha Vigencia C.E.: Planeta Rica	Lugar de Expedición: Planeta Rica	
Género: F	Estado Civil: Soltero(a)	Actividad Económica (Breve Descripción): Contadora - Estados Financieros - Balances		Código CIU			
Ocupación: Empleado		Dirección Correo Electrónico: Alejandracoenaga1970@gmail.com					
Profesión: Contadora Pública		Nivel de Estudios: Técnico Profesional		Especialización: Universitaria		Vivienda: Propia	
Tiempo en la Residencia: 15 Años		Dirección de la Residencia Actual: Cra 77A #85-75 Apt 101 Torre 5		Bloque: Apt/Casa		Urbanización/Edificio: San Marino	
Número de hijos/a Cargo: 1		Envío Correspondencia / Estado de Cuenta: Residencia		Celular (incluido prefijo): 3145249319		Residencia: 6053453444	
Número de hijos/a Cargo: 1		Envío Correspondencia / Estado de Cuenta: Correo Electrónico		Departamento: Atl.		Ciudad/Municipio: Biquilla País: Col.	

### DATOS DEL ASOCIADO AFILIADO A LA COOPERATIVA

Nombres Completos	Primer Apellido	Segundo Apellido
Documento de Identificación: C.C. No.	Parentesco con Ud.	

### INFORMACIÓN BÁSICA APODERADO (Casos que aplique)

Nombres Completos	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de Nacimiento
Nacionalidad	Lugar de Nacimiento: Ciudad/Municipio/Departamento	Documento Identidad: C.C. No.	No. Documento Identidad
Ocupación: Empleado	Dirección Correo Electrónico		Actividad Económica (Breve Descripción):
¿Maneja o maneja Recursos Públicos?		Cargo	Monto promedio de los recursos que maneja \$

### INFORMACIÓN LABORAL SOLICITANTE

Cargo Actual: Contadora	Término del Contrato: Fijo	Fecha de Vinculación: 01/08/2010	Fecha Vencimiento Contrato Fijo	Nombre de la Empresa: Rectivar y Cia Ltda
Dirección de la Empresa: Cra 42 #51-83	Ciudad/Municipio: Barranquilla	Departamento: Atl.	Teléfono 1: 3792290	Ext. / Teléfono 2 / Ext. / Declara Renta: SI/NO

### DECLARO:

Posee Cuentas en el Exterior: SI/NO	Nombre de la Entidad	Número de la Cuenta	Ciudad	País	Moneda
Realiza Operaciones en Moneda Extranjera: NO	Si su actividad económica implica transacciones en Moneda Extranjera, señale los tipos de transacción: Importaciones, Inversiones, Exportaciones, Pago de Servicios, Préstamos en Moneda Extranjera		Otras ¿Cuáles?		
¿Tiene o Tuvo algún grado de poder público? SI/NO	¿Con cuál Entidad Pública?	Cargo	Monto promedio de los recursos que maneja \$	Detalle y Descripción	
¿Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerada Públicamente Expuesta? SI/NO	Parentesco con Ud.	¿Goza o Gozó de reconocimiento Público? SI/NO	¿Es una persona PEP? SI/NO		

### INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Salario Fijo	\$ 2.916.000	Gastos Familiares (Alimentación, transporte, salud, educación, servicios públicos)	\$ 750.000
Salario Variable (promedio)	\$	Arrendamiento	\$
Arrendamientos	\$	Cuota Crédito Hipotecario	\$
Rendimientos Financieros	\$	Otros Créditos o Tarjeta de Crédito	\$
Comisiones y Honorarios	\$	Otros Egresos	\$ 902.000
Otros Ingresos	\$	¿Cuáles? (Incluir periodicidad)	\$
¿Cuáles? (Incluir periodicidad)	\$		\$
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>\$ 2.916.000</b>	<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>\$ 1.652.000</b>

### BALANCE PERSONAL

ACTIVOS		PASIVOS	
Activos Corrientes (ahorro e inversión)	\$	Pasivos Financieros (deudas financieras)	\$ 7.902.000
Activos Fijos (vehículo y propiedades)	\$ 65.000.000	Pasivos Corrientes (deudas con terceros)	\$
Otros Activos	\$	Otros Pasivos	\$
¿Cuáles?	\$	¿Cuáles?	\$
<b>TOTAL ACTIVOS</b>	<b>\$ 65.000.000</b>	<b>TOTAL PASIVOS</b>	<b>\$ 7.902.000</b>
<b>TOTAL PATRIMONIO</b>	<b>\$ 57.098.000</b>		

Seleccione su fecha de pago: 1  10  16  día de cada mes. (Este espacio es solo para Asociados nuevos)

Tiene curso de Cooperativismo: No tiene  4 Horas de Inducción  20 Horas Básico  40 Horas Medio  80 Horas Avanzado

NOTA: \* La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para Coasmedas. \* Cualquier inexactitud en la información implicará su negación definitiva. \* Esta solicitud de productos no será tramitada sin la documentación completa.

**AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES**

**AUTORIZACIÓN CORREOS:** Autorizo a Coasmedas, para que a través de mi dirección electrónica registrada, me envíe información relacionada con los productos y servicios de la Cooperativa. Esta autorización se extiende a la información relacionada con los productos y servicios que ofrecen las entidades con las cuales existen convenios comerciales vigentes con Coasmedas, quien será la única autorizada a remitir esta información.

**AUTORIZACIÓN DE COMPENSACIÓN:** Autorizo expresa e irrevocablemente a Coasmedas para debitar de cualquier depósito (cuenta de ahorros, pac y o'da's) constituido de forma individual, solidaria o conjunta que se encuentre a mi nombre en la Cooperativa, los valores que se encuentren en mora por concepto de cuota(s) de crédito(s), comisiones, aportes, fondo de solidaridad, seguros y demás valores a mi cargo y en general por cualquier producto o servicio prestado por la Cooperativa.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** En mi calidad de titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera previa, expresa, inequívoca e informada a COASMEDAS, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi (nosotros) contraída(s), como asociado, tarjetahabiente, deudor principal o deudor solidario con COASMEDAS, en forma permanente, para que con fines estadísticos, de información interbancaria, crediticia, comercial, financiera, legal, de prevención del riesgo LAV/T, de cobro administrativo o judicial, analítica de datos, estadísticas, análisis de riesgos, de mercado y aquella relacionada con la liquidación o pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales (presente, pasada y futura) recolecte, use, utilice, verifique, valide, circule, consulte, solicite, almacene, custodie, suministre, reporte, rectifique, procese, actualice, aclare, retire, divulgue y/o comparta toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, información financiera, comercial, datos personales, datos biométricos tales como reconocimiento facial, dactilar, voice i.d entre otros; datos relativos a la salud, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a las Centrales de Información y Riesgo, a cualquier entidad que preste servicios de verificación o análisis de administración de riesgo, entidades de cobranza y/o que realicen investigación de bienes y derechos, con las cuales Coasmedas tenga convenio o represente sus derechos, a cualquier organismo o entidad de cualquier naturaleza y con todas aquellas entidades con las que la Cooperativa tenga algún tipo de contrato, acuerdo o convenio para la prestación de sus servicios. En especial sobre el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones por mi contraídas o que llegare a contraer, los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro, de acuerdo a las exigencias de la Circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993 Art. 102 a 107), Ley 1121 de 2006, mediante la cual se emiten normas para prevenir, detectar, investigar y sancionar la financiación del terrorismo y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de productos de ahorro y crédito. Mis derechos y obligaciones, así como la permanencia de mi información en las bases de datos, corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a las Centrales de Información a que, en su calidad de operadores, pongan mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido. Igualmente autorizo de manera expresa, inequívoca, voluntaria y suficiente a COASMEDAS, para solicitar a los operadores de Información PILA, mis datos personales relacionados con la afiliación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, tales como: hábitos transaccionales, búsquedas que realice en el sitio web de la cooperativa o en las páginas que visite cuando esté en la página de la cooperativa. Esta información podrá ser utilizada por Coasmedas para contactarme y suministrar información de productos, servicios, ofertas comerciales, realizar monitoreo de las transacciones, conocer mis hábitos de consumo, efectuar investigaciones comerciales, analítica de datos, estadísticas, así como para enviarme publicidad directa o por intermedio de sus proveedores a través de cualquier medio, pero sin limitarse a: correos electrónicos, vía telefónica, mensajería instantánea, sitio web, notificaciones push y a través de redes sociales. Declaro conocer que al otorgar esta autorización, el responsable y el encargado de la información y los datos personales podrán usar mi información con el fin de realizar la gestión telefónica, visitas, enviar correos electrónicos, entre otros medios, para los fines antes indicados, de conformidad con La Ley 1581 de 2012 y la normatividad vigente. Adicionalmente, manifiesto que se me ha informado que mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos, podrán ser presentados o ejercidos a través de los siguientes canales de atención: oficinas de COASMEDAS a nivel nacional, a través del correo [tratamiento\\_datos@coasmedas.com.co](mailto:tratamiento_datos@coasmedas.com.co), página web [www.coasmedas.com.co](http://www.coasmedas.com.co) (opción PQRFS). De igual manera la política de tratamiento de datos personales, podrá ser consultada a través de la página web corporativa de COASMEDAS, [www.coasmedas.com.co](http://www.coasmedas.com.co)

**DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Yo Alejandra Goenaga Flores identificado con el documento de identidad No. 50870356 expedido en Planeta Rica obrando en nombre propio de manera voluntaria o en nombre y representación de \_\_\_\_\_ identificado con el documento de identidad No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_ y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, veraz y verificable, realizo la siguiente declaración de origen de fondos y/o bienes a Coasmedas, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en Circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993 Art. 102 a 107), Ley 190 de 1995 Estatuto anticorrupción, Ley 1121 de 2006 mediante la cual se emiten normas para prevenir, detectar, investigar y sancionar la financiación del terrorismo y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de productos de ahorro y crédito.

1. Declaro que los recursos que utilizaré en el pago de las cuotas o con los cuales cancelaré los créditos o los que entregaré en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, entre otros, etc): Ahorros como los que tengo en el banco

2. Los Activos declarados provienen de (detalle el título de adquisición de los bienes): herencia

3. País de origen de los fondos: Colombia

4. Declaro que los recursos que entregaré en depósitos o utilizaré para el pago de cuotas o créditos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal y demás normas legales concordantes que lo modifiquen o adicionen.

5. No Admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas o cancelen mis créditos o paguen cuotas de los mismos con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.


6. Autorizo a Coasmedas a que dé por terminados los contratos de depósito a la vista, a término y/o saldar las cuentas y depósitos que mantenga en la Cooperativa, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a "La Cooperativa" de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

Dejo constancia que me han suministrado información comprensible y legible sobre los deberes y derechos como asociado a la cooperativa y/o del crédito solicitado y que he entendido los términos y condiciones ofrecidos por Coasmedas. Especialmente declaro que he recibido la siguiente información: Afiliación (Portafolio de Productos, Estatutos y Reglamento Fondo de Solidaridad), Crédito (Tasa de Interés, Plazo, Comisiones, Trámites y Costos de cobranzas, Derechos, y Obligaciones en caso de Incumplimiento del deudor(es)). De acuerdo con lo anterior, manifiesto que conozco las condiciones de la afiliación y/o crédito, las cuales acepto a entera satisfacción y están sujetas a la aprobación de la solicitud de afiliación y de la solicitud del crédito. Así mismo me obligo a actualizar los datos más relevantes que varían anualmente, suministrando la totalidad de soportes de los mismos de conformidad con las normas vigentes. Declaro que he sido entrevistado(a), que he leído, entendido y aceptado, todo lo contenido en el presente documento y certifico que la información aportada es veraz y autoriza a Coasmedas para que la verifique, siendo el resultado de esta entrevista y solicitud, la continuidad del proceso de solicitud de (los) producto(s) interesados.

Firmo el presente documento en la ciudad de Barranquilla el día 01 del mes de febrero del año 2022

Nombre(s) y Apellido(s) Alejandra Goenaga

C.C. o C.E. 50870356 de Planeta Rica



Huella Dactilar

Firma Alejandra Goenaga

Medio por el que se enteró de la Cooperativa (Únicamente para afiliación)	Nombre(s) y Apellido(s) del Asesor o Referido	C.C. No.
<input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Asesor <input checked="" type="checkbox"/> Referido	<u>Konner Rebollo Guerrero</u>	<u>1140892500</u>

**PARA USO EXCLUSIVO DE COASMEDAS**

<b>ENTREVISTA ASOCIADO</b> Día <u>01</u> Mes <u>10</u> Año <u>2022</u> Con mi firma certifico el completo diligenciamiento de esta solicitud por parte del asociado y que he cumplido con las políticas y procedimientos establecidos para el conocimiento y vinculación del asociado. Así como que entrevisté personalmente al asociado y que los documentos entregados fueron validados contra los originales y son fiel copia de los mismos.	Resultado de la Entrevista (Breve Descripción): <u>OK</u>	Nombre y Apellido del entrevistador <u>Mario Guerrero Ar</u> Cargo <u>Ejecutivo Cobranza</u> Firma y C.C. <u>Mario Guerrero Ar</u>
---	--	---

<b>CONFIRMACIÓN DATOS</b> Día <u>  </u> Mes <u>  </u> Año <u>  </u> Nombre y Apellido del Funcionario que confirma: Firma <u>  </u> Cargo <u>  </u> C.C. <u>  </u>	Resultado de la Confirmación (Breve Descripción): <u>  </u>	Aprobación (Gerente Oficina) Firma <u>  </u> Nombre: <u>  </u> C.C.: <u>  </u>
--	--	---

<b>INGRESO EN EL SISTEMA</b> Día <u>  </u> Mes <u>  </u> Año <u>  </u> Hora <u>  </u>	Nombre(s) y Apellido(s) del Funcionario que registró <u>  </u>	C.C. <u>  </u>	Cargo <u>  </u>
--	--	----------------	-----------------

VISADO SUPERIOR SOLIDARIA

F. 04\_200\_22\_V1

Ciudad	Fecha Diligenciamiento
Baquillo	Día Mes Año 01   11   2022

Marque el Tipo de Solicitud

Primera Vez  Actualización de Beneficiarios

(Diligenciar en letra imprenta sin tachones ni enmendaras - Los campos que no aplique coloque una raya)

### INFORMACIÓN ASOCIADO

Nombres Completos Alejandro Maria		Primer Apellido Goenaga	Segundo Apellido Flores
Documento de Identificación <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	No. de Identificación 50.870.356	Código COBIS	

### INFORMACIÓN BENEFICIARIO

Nombres Completos Mario Andrés		Primer Apellido Yepes	Segundo Apellido Goenaga
Fecha de Nacimiento Día Mes Año 16   12   1994	Lugar de Nacimiento Baquillo	Documento de Identificación <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Folio <input type="checkbox"/> TI	No. Documento Identidad A.140873917 Celular (incluido prefijo) 3102907534
Tipo de Relación con el Asociado <input type="checkbox"/> Espos(a) <input checked="" type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	Porcentaje de Distribución de Auxilios Aportes _____ % Auxilio Funerario _____ % Auxilio Vida _____ %		

### INFORMACIÓN BENEFICIARIO

Nombres Completos		Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Lugar de Nacimiento	Documento de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Folio <input type="checkbox"/> TI	No. Documento Identidad Celular (incluido prefijo)
Tipo de Relación con el Asociado <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	Porcentaje de Distribución de Auxilios Aportes _____ % Auxilio Funerario _____ % Auxilio Vida _____ %		

### INFORMACIÓN BENEFICIARIO

Nombres Completos		Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Lugar de Nacimiento	Documento de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Folio <input type="checkbox"/> TI	No. Documento Identidad Celular (incluido prefijo)
Tipo de Relación con el Asociado <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	Porcentaje de Distribución de Auxilios Aportes _____ % Auxilio Funerario _____ % Auxilio Vida _____ %		

### INFORMACIÓN BENEFICIARIO

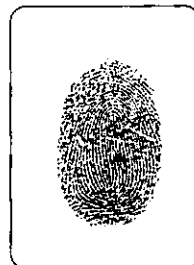
Nombres Completos		Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Lugar de Nacimiento	Documento de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Folio <input type="checkbox"/> TI	No. Documento Identidad Celular (incluido prefijo)
Tipo de Relación con el Asociado <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	Porcentaje de Distribución de Auxilios Aportes _____ % Auxilio Funerario _____ % Auxilio Vida _____ %		

### INFORMACIÓN BENEFICIARIO

Nombres Completos		Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Lugar de Nacimiento	Documento de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Folio <input type="checkbox"/> TI	No. Documento Identidad Celular (incluido prefijo)
Tipo de Relación con el Asociado <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	Porcentaje de Distribución de Auxilios Aportes _____ % Auxilio Funerario _____ % Auxilio Vida _____ %		

En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo relacionado con el Reglamento del Fondo de Solidaridad y los Estatutos de COASMEDAS, firmo el presente documento.

Firma Alejandra Goenaga  
Nombre Alejandra Goenaga  
C.C. 50 870 356



Huella Dactilar



República de Colombia

# Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5421 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional  
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de Noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

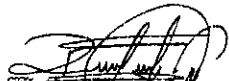
## Contadora Pública

A ALEJANDRA MARIA GOENAGA FLOREZ

con cédula de ciudadanía No. 50.870.356 de Planeta Rica

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 12 días del mes de Diciembre de 2012 y lo refrenda con las firmas de rigor.

  
El Rector.

  
El Secretario General.

  
El Decano de la Facultad.

Registrado en el Folio No. 049 del Libro de Diplomas 021

  
Secretario General de la Universidad

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.870.356  
GOENAGA FLOREZ

APELLIDOS  
ALEJANDRA MARIA

*Alejandra Goenaga*



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1970

PLANETA RICA  
(CORDOBA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71  
ESTATURA

A+  
G.S. RH

F  
SEXO

26-ABR-1988 PLANETA RICA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL CÁNCHEZ TORRES



A-0300150-00132296-F-0050878356-20081130 0007166844A 1 3310026405

## AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Y FORMA DE PAGO EN OFICINA

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e inequívoca a COASMEDAS, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi (nosotros) contraída(s), como asociado, deudor principal o deudor solidario con COASMEDAS, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos, de información interbancaria, crediticia, comercial, legal, de cobro administrativo o judicial, recolecte, capture, almacene, use, utilice, circule, consulte, solicite, suministre, reporte, procese, divulgue y/o comparta toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, datos personales, datos biométricos, datos relativos a la salud, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a las Centrales de información y Riesgo, entidades de cobro con las cuales Coasmedas tenga convenio o represente sus derechos, y con todas aquellas entidades con las que la Cooperativa tenga algún tipo de contrato, acuerdo o convenio para la prestación de sus servicios. En especial sobre el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones por mi contraídas o que llegare a contraer, los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro, de acuerdo a las exigencias de la Circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993 Art. 102 a 107), Ley 1121 de 2006, mediante la cual se emiten normas para prevenir, detectar, investigar y sancionar el lavado de activos y la financiación del terrorismo y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de productos de ahorro y crédito. Mis derechos y obligaciones, así como la permanencia de mi información en las bases de datos, corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a la Central de Información a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido. De igual manera conozco que al otorgar esta autorización, el responsable y el encargado de la información y los datos personales podrán usar mi información con el fin de realizar la gestión telefónica, visitas, enviar correos electrónicos, entre otros medios, para los fines antes indicados, de conformidad con La Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y la normatividad vigente. Adicionalmente, manifiesto que se me ha informado que mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos, así como la política de tratamiento de los mismos, podrán ser consultados a través de la página web corporativa de COASMEDAS, [www.coasmedas.com.co](http://www.coasmedas.com.co).

Alejandro Goenaga  
Firma

Nombre:  
C.C. 50 870 356



### FORMA DE PAGO – AFILIACION OFIICNA

Ciudad	Oficina	Fecha		
Bogotá	Bogotá	Año 2022	Mes 01	Día 01
Nombres y apellidos prospecto: <u>Alejandro Honor Goenaga</u>		C.C. <u>50 870 356</u>		Teléfono:
Detalle y forma de Pago				
Cuota de Admisión	\$	Pago efectivo caja: \$ <u>84.200</u>		
Primera Cuota de Aportes	\$	Pago por PSE: \$		
<b>Total Pago</b>	<b>\$</b>	<b>Total pago recibido: \$ <u>84 200</u></b>		
<b>Observaciones:</b>				

**Nota:** Este recibo únicamente sirve para el pago de la primera cuota integral de aportes y la cuota única de admisión (Si aplica).

Informamos a usted que su solicitud de vinculación se encuentra en proceso de aprobación; por lo tanto, la Cooperativa de acuerdo con los Estatutos Vigentes, se reserva el derecho de admisión, en observancia de las políticas y el interés general de la entidad. En caso de que su solicitud no sea aprobada, la Cooperativa procederá a realizar la devolución de los valores cancelados.

Firma y Nombre Promoto

Yonni Guerrero

CNS-295-2023

Bogotá D.C, 24 de agosto de 2023

Doctor(a):  
**ALEJANDRA MARÍA GOENAGA FLÓREZ**  
Alejandragoenaga1970@gmail.com  
BARRANQUILLA

**REF. Respuesta a su solicitud de auxilio(s)**

Respetado(a) doctor(a):

En atención a su(s) solicitud(es) del (los) auxilio(s) por **Hospitalización**, el (los) cual(es) fue(ron) remitido(s) al Comité Nacional de Solidaridad para su estudio y revisión, lamentamos informarle que dicho órgano, en sesión del 22 de agosto de 2023, analizó el caso y decidió **NEGARLO**, según consta en el Acta No 100117, toda vez que, a la fecha del suceso objeto de la solicitud de auxilio, la asociada no ha cumplido con el tiempo mínimo de cotización para acceder al auxilio. Al respecto, establece el artículo 70 del Reglamento del Fondo mutual de previsión, asistencia y solidaridad:

*"ARTÍCULO 70. CONDICIÓN DE COTIZACIÓN MÍNIMA SEGÚN LA EDAD AL MOMENTO DE AFILIACIÓN. Para pertenecer a COASMEDAS no hay límite de edad; sin embargo, él (la) asociado(a) tiene derecho a los Auxilios del Fondo Mutual de Previsión, Asistencia y Solidaridad sí ha efectuado aportes (Sociales, manejo, solidaridad) y ha permanecido afiliado durante un tiempo mínimo, de acuerdo a su edad al momento de su ingreso, así:*

EDAD AL INGRESO	COTIZACIÓN MÍNIMA DE APORTES Y TIEMPO MÍNIMO DE AFILIACIÓN
Menores de 30 años	Cinco (5) meses
De 30 a 45 años	Seis (6) meses
De 46 a 54 años	<b>Siete (7) meses</b>
De 55 a 64 años	Nueve (9) meses
De 65 y más años	Dieciocho (18) meses

(...)

Esperamos en otra oportunidad pueda beneficiarse con los auxilios ofrecidos por los Fondos de Solidaridad de la Cooperativa, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en los respectivos reglamentos; para lo cual lo (la) invitamos a permanecer al día en el pago de sus aportes sociales, contribuciones y obligaciones de crédito.

Cordialmente,

**EDGAR DAVID LA ROTTA GARCIA**  
Presidente Comité Nacional de Solidaridad  
COASMEDAS

**ANA DELINA PABÓN LIZARAZO**  
Secretaria Comité Nacional de Solidaridad  
COASMEDAS

CC- Comité Seccional de BARRANQUILLA  
Gerente BARRANQUILLA

# COASMEDAS

PRODUCTOS POR CLIENTE



CLIENTE: 256,922

NOMBRE: GOENAGA FLOREZ ALEJANDRA MARIA

FECHA DE ELABORACION: 08/28/2023

Prod. Rol	Tipo	Cuenta	Saldo Capita	Vencido*	Saldo Total**	Estado	Mora	Oficina	F. Inicio
AHO Titular	AHORRO DIARIO	022020015325	50,071	0	0	ACTIVA	0	BARRANQUIL	07/26/2023
APT Asociado	APORTES	50870356	456,348	0	0	VIGENTE	0	BARRANQUIL	11/24/2022
APT Asociado	FONDOS	50870356	0	0	0	VIGENTE	0	BARRANQUIL	11/24/2022
CCA Deudor	COMPRACART	022-2022-00430-1	6,979,866	0	7,084,097	VIGENTE/NORMALIZADO	0	BARRANQUIL	12/01/2022

\* Aplica Solo Productos CCA y APT

\*\* Aplica Solo Producto CCA



ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE  
 890102768  
 CARRERA 48 NO 70 - 65- Tel. 5-3091999.Ext.5  
 CÓDIGO DE HABILITACIÓN 080010003701  
 CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

[ARIncAfi]

Fecha: 11/07/23

Hora: 15:19:54

Página: 1

\*81752\*  
81752

Nombre : ALEJANDRA MARIA GOENAGA FLOREZ	CC 50870356	Edad: 53 AÑOS	Día	Mes	Año
Empresa : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S	Fecha de nacimiento: 20/3/1970		11	7	2023
Ocupación : Contadores					
Pabellón: HOSP PISO 4 LADO D					
Tipo de Incapacidad : ENFERMEDAD GENERAL			Historia Clínica 50870356		
Fecha Inicio: 18/06/2023	Fecha Fin : 11/07/2023	Dias De Incapacidad O Licencia : 24 VEINTICUATRO			
Causa que Motiva la Atención : ENFERMEDAD GENERAL		Tipo de Tratamiento : Hospitalario			
Grupo de Servicios : No Quirúrgico		Modalidad de la Prestación del Servicio : Intramural			
Diagnóstico Principal : I730	SINDROME DE RAYNAUD				
Diagnóstico Relacionado :					
Presunto Origen de la Incapacidad : ENFERMEDAD GENERAL	Prorroga : NO				
Incapacidad Retroactiva :					
Expedida En : CLINICA GENERAL DEL NORTE - HOSP PISO 4 LADO D					
Empresa Donde Trabaja : 00000					

ARIEL GUISEPPE NAVARRO BECERRA

Firma Y Sello De Presta. Economicas

Firma Afiliado

Documento: CC 1045689117

Reg. 1045689117 Tel

MEDICINA GENERAL

Observaciones de la EPS: Este certificado no implica el reconocimiento de la prestación económica. La validación de la prórroga se vera reflejada en el momento de la liquidación de la incapacidad, siempre y cuando, cumpla con los requisitos. Para acceder al reconocimiento económico se debe solicitar a través de la radicación por parte del empleador.

11/07/2023

\*\*\* ORIGINAL \*\*\*

15:19:54



ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE  
 890102768  
 CARRERA 48 NO 70 - 65- Tel. 5-3091999.Ext.5  
 CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

[ARIncAfi]

Fecha: 11/07/23

Hora: 15:19:54

Página: 1

\*81752\*  
81752

Nombre : ALEJANDRA MARIA GOENAGA FLOREZ	CC 50870356	Edad: 53 AÑOS	Día	Mes	Año
Empresa : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S	Fecha de nacimiento: 20/3/1970		11	7	2023
Ocupación : Contadores					
Pabellón: HOSP PISO 4 LADO D					
Tipo de Incapacidad : ENFERMEDAD GENERAL			Historia Clínica 50870356		
Fecha Inicio: 18/06/2023	Fecha Fin : 11/07/2023	Dias De Incapacidad O Licencia : 24 VEINTICUATRO			
Causa que Motiva la Atención : ENFERMEDAD GENERAL		Tipo de Tratamiento : Hospitalario			
Grupo de Servicios : No Quirúrgico		Modalidad de la Prestación del Servicio : Intramural			
Diagnóstico Principal : I730	SINDROME DE RAYNAUD				
Diagnóstico Relacionado :					
Presunto Origen de la Incapacidad : ENFERMEDAD GENERAL	Prorroga : NO				
Incapacidad Retroactiva :					
Expedida En : CLINICA GENERAL DEL NORTE - HOSP PISO 4 LADO D					
Empresa Donde Trabaja : 00000					

ARIEL GUISEPPE NAVARRO BECERRA

Firma Y Sello De Presta. Economicas

Firma Afiliado

Documento: CC 1045689117

Reg. 1045689117 Tel

MEDICINA GENERAL

Observaciones de la EPS: Este certificado no implica el reconocimiento de la prestación económica. La validación de la prórroga se vera reflejada en el momento de la liquidación de la incapacidad, siempre y cuando, cumpla con los requisitos. Para acceder al reconocimiento económico se debe solicitar a través de la radicación por parte del empleador.

11/07/2023

\*\*\* COPIA \*\*\*

15:19:54