

SOLICITUD DE CRÉDITO

Modalidad de crédito		<input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Microcrédito <input type="checkbox"/> Deudor <input type="checkbox"/> Deudor Solidario <input type="checkbox"/> Aportante			Si seleccionó deudor solidario o aportante indique nombre y cédula del titular						
Monto \$		Plazo Meses		Destino		Garantía		Dirección Inmueble			
Fecha de recibo Año Mes Día		Agencia		Ciudad		Nº Radicado		Nombre Asesor		Código Asesor	
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Nº			Lugar y fecha de Expedición Año Mes Día			Lugar y fecha de Nacimiento Año Mes Día			Nacionalidad Colombiana <input type="checkbox"/> Estadounidense <input type="checkbox"/> Otra. ¿Cuál?		
Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/>		Nº Personas a cargo		Nivel de Estudio Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>		Profesión		Dirección de residencia		Agente Extranjero Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Barrio		Municipio		Teléfono fijo residencia		Celular		Estrato		Correo Electrónico	
Paga arrendamiento Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombres y apellidos del arrendador (vivienda)					Teléfono del arrendador (vivienda)		Tiempo en la vivienda Meses		
Cédula del Cónyuge		Apellidos y nombres del Cónyuge			Ocupación		Empresa donde labora		Teléfono fijo empresa	Ext.	
¿Tiene familiares vinculados como empleados en esta Cooperativa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Apellidos y nombres				Parentesco			
INFORMACIÓN DE SU OCUPACIÓN (Si su ocupación es empleado, diligencie todos los campos asociados a la empresa y a su contrato; o si es pensionado o jubilado diligencie los que aplique)											
Ocupación Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/>		Empresa donde labora o fondo de pensiones				NIT de la Empresa o fondo de pensiones		Dependencia (Si es pensionado o jubilado la última empresa donde laboró)			
Actividad económica de la empresa			Dirección de la empresa			Ciudad		Teléfono fijo empresa	Ext.		
Cargo		Tipo de Contrato		Periodicidad de pago		Fecha de vinculación		Año Mes Día			
		Por obra o labor <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Acuerdo Cooperativo <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/> Decadal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/>							
DILIGENCIAR SI TIENE NEGOCIO O DESARROLLA UNA ACTIVIDAD ECONÓMICA											
¿Tiene negocio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre del negocio			Dirección			Barrio		Teléfono fijo	
Tipo de actividad Producción <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		Actividad económica (Describa la actividad del negocio. Si no tiene negocio, describa la actividad que usted desarrolla)					Nº empleados		Tiempo en el negocio o actividad Meses		
INGRESOS MENSUALES					EGRESOS MENSUALES						
Salario					Gastos familiares						
Pensión / Jubilación					Arrendamiento						
Comisiones / Honorarios					Cuota de vivienda						
Arrendamientos					Obligaciones financieras						
Ingresos netos del negocio o de la actividad					Otros egresos						
Otros ingresos					Total egresos						
Total ingresos					Saldo deudas actuales: \$						
Detalle Otros ingresos:											
Detalle ingresos Netos Neg/Act:											
¿Posee bienes en Fiducia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					¿Qué clase de bienes?					¿Declara Renta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Casa <input type="checkbox"/>		Dirección y Ciudad			Valor Comercial \$		Saldo de la deuda \$		Hipoteca a favor de		
Otro. ¿Cuál? _____		Dirección y Ciudad			Valor Comercial \$		Saldo de la deuda \$		Hipoteca a favor de		
Marca		Modelo	Placa	Valor Comercial \$		Saldo de la deuda \$		Prenda a favor de			
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de transacción: Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Giros <input type="checkbox"/> Otras. ¿Cuáles?									
¿Posee productos en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Producto		Entidad	Nº de Cuenta	Monto	Ciudad	País	Moneda		
Familiar que no viva con usted (apellidos y nombres)				Ciudad		Teléfono fijo residencia		Celular		Teléfono fijo empresa	Ext.
Familiar que no viva con usted (apellidos y nombres)				Parentesco		Ciudad		Teléfono fijo		Celular	
Personal (apellidos y nombres)				Ciudad		Teléfono fijo		Celular			
1. Proveedor (nombre de la Entidad o razón social)				Ciudad		Departamento		Teléfono			
2. Proveedor (nombre de la entidad o razón social)				Ciudad		Departamento		Teléfono			

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento, los beneficiarios por solidaridad a mi favor, si los hubiesen, al igual que mis aportes sociales, hasta donde sea legalmente permitido, serán entregados a:

_____ con C.C. _____ Parentesco _____. Si este(a) no estuviese vivo a la fecha de mi fallecimiento, entregar a:
 _____ con C.C. _____ Parentesco _____. Cualquier cambio al respecto, lo notificaré por escrito.

Declaro que :**DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS**

1. Mis recursos tienen un origen lícito y provienen directamente del desarrollo de la actividad económica y ocupación señalada en el numeral primero y segundo del presente formulario, los cuales se desarrollan de conformidad al marco legal y normativo colombiano vigente.
2. No admitiré que terceros depositen en mis cuentas, fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. De presentarse cualquier inexactitud en la información suministrada en el presente formulario o si se llegara a configurar alguna circunstancia descrita en el numeral segundo de esta declaración autorizo a JFK Cooperativa Financiera a saldar mis productos.

DECLARACIONES

Declaro que recibí información clara, precisa y de fácil comprensión sobre políticas y mecanismos implementados por la cooperativa para realizar la gestión de cobranza prejudicial y judicial aplicable a todas las líneas de crédito cuando haya lugar a ello.

Sí NO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA Y REPORTE A OPERADORES DE INFORMACIÓN

En calidad de titular de la información, representante legal o apoderado, autorizo a JFK Cooperativa Financiera, de manera previa, libre, expresa, informada e irrevocable, para el uso de la información que se haga conforme a la ley, para utilizar mis datos personales, para que directamente o a través de terceros, realicen el siguiente tratamiento en medios físicos, digitales o por cualquier otro, sobre mi información personal, sin limitarse a aquella de carácter financiero, crediticio, comercial, profesional, sensible, técnico y administrativo, privada o semiprivada o de cualquier naturaleza, contenida en cualquier medio físico, digital o electrónico; Para solicitar, consultar, recopilar, validar, evaluar, catalogar, clasificar, ordenar, grabar, compartir, intercambiar, verificar, informar, reportar, transmitir, circular, procesar, almacenar, modificar, usar, rectificar, actualizar, aclarar, retirar o divulgar; En general tratar los datos personales que suministre por cualquier medio, ante entidades autorizadas públicas o privadas, operadores de información, entidades gestoras de bases de datos en Colombia y/o el exterior, registros públicos y fuentes públicas de información.

Para que, de conformidad con los fines propios de objeto social, como financieros, estadísticos, de control de riesgos, y/o comerciales, control de actividades ilícitas, sin limitarse a estas, JFK Cooperativa Financiera directamente o a través de proveedores, terceros, aliados estratégicos y/o encargados, traten los datos personales entregados, además de los que se encuentren en bases de datos de información personal, biométrica financiera, tributaria, contable, comercial, crediticia, de liquidación o pago de aportes al sistema de seguridad social, parafiscal, declaraciones tributarias, y aquella relacionada con los derechos y obligaciones en virtud de contratos u operaciones realizadas con cualquier entidad, o aquella que sea conocida y custodiada por cualquier entidad en virtud de la prestación de servicios financieros y no financieros, para dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones derivadas de la relación comercial y/o contractual, para el ofrecimiento y la adecuada prestación de los productos y/o servicios, así como para compartir mis datos personales con autoridades nacionales o extranjeras, públicas y privadas, con proveedores y terceros con los que JFK Cooperativa Financiera tenga cualquier tipo de relación.

Adicionalmente, mediante el otorgamiento de la presente autorización, manifiesto que los datos personales suministrados son veraces, verificables y completos, en ese mismo sentido he sido informado sobre mi derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir o revocar la autorización, así como el acceso de forma gratuita a los mismos. Autorizo, a que el tratamiento de los Datos Personales suministrados en el presente formulario, se lleve a cabo, conforme a las finalidades contenidas en la política de Tratamiento de Datos de JFK COOPERATIVA FINANCIERA, la cual puede ser consultada en el sitio web <https://www.jfk.com.co>.

Cualquier trámite relacionado con los Operadores de Información y/o el tratamiento de sus datos será atendido en la Dirección de Atención al cliente de la Cooperativa, en el teléfono (60)(4)262 64 44 opción 7 en la ciudad de Medellín

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

1. ¿Tiene relación con un PEP? Sí NO Especifique: _____
2. ¿Representa alguna organización internacional? Sí NO ¿Cual? _____
3. ¿Actualmente o en los dos últimos años ha desempeñado cargos políticos? Sí NO
4. Entidad: _____ Cargo: _____
Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____
5. ¿Maneja recursos públicos? Sí NO ¿de qué tipo?
¿Es un PEP extranjero? Sí NO Especifique: _____

ANTECEDENTES JUDICIALES

¿Ha sido condenado por los delitos que trata el artículo 30 A de la Ley 1908 de 2018 y las demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicione? Sí NO
 En caso afirmativo, ¿desde cuándo accedió a la libertad condicional o a cualquier otro mecanismo sustitutivo de la pena privativa de la libertad? dd__ mm__ aaaa__

AUTORIZACIÓN ENVÍO DE INFORMACIÓN

Los canales dispuestos por JFK Cooperativa Financiera para contactar a los consumidores en cumplimiento de su objeto social, como las gestiones de cobranza, comerciales, envío de extractos, envío de reporte anual de costos totales, sin limitarse a estas, son: mensajes cortos de texto SMS, mensajería por aplicaciones o web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, correspondencia física y visitas.

Autorizo a ser contactado por los siguientes canales:

- Opción 1:** Mensajes cortos de texto SMS, mensajería por aplicaciones o web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, correspondencia física y visitas
- Opción 2:** Llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes cortos de texto SMS, correspondencia física, mensajería por aplicaciones o web

ENTREVISTA AL CLIENTE (Para uso exclusivo de la Cooperativa)

Fecha y hora: _____ Resultado: _____
 AAAA/MM/DD 00:00

Firma: _____ Cargo: _____
 Nombre y Apellidos: _____

FIRMA Y HUELLA

La Cooperativa podrá abstenerse de desembolsar el préstamo si después de su aprobación detecta algún cambio en las condiciones del solicitante o de su(s) deudor(es) solidario(s) que, a juicio de la Entidad, pueda incrementar el riesgo de incumplimiento o de no pago, tales como: aumento de su endeudamiento, morosidad o incremento de la misma en el cumplimiento de sus obligaciones, disminución, pérdida o embargo del patrimonio, pérdida o cambio de vínculo laboral o del término de éste, reducción de los ingresos laborales o de cualquier otro ingreso que se hubiese considerado para la aprobación del préstamo, entre otros. En caso de que la Entidad decida no proceder con el desembolso o realizarlo por un valor inferior al inicialmente aprobado, de acuerdo a las razones mencionadas anteriormente, JFK Cooperativa Financiera no hará reembolso por los gastos incurridos.

Con la firma del presente documento, manifiesto haber recibido información cierta, clara, suficiente y oportuna, sobre las características, medidas de seguridad, recomendaciones, costos, reglamento y riesgos de uso del producto, como también los derechos, responsabilidades y medidas de seguridad que debo adoptar al manejo del mismo, adicionalmente fui informado sobre la existencia, características, beneficios y limitaciones del seguro de depósito de Fogacoop, así como del valor máximo cubierto, su objetivo, beneficiarios, productos y acreencias amparadas y no amparadas, y en general sobre todos los aspectos alusivos al seguro de depósito, teniendo clara la información brindada, la cual es de suma importancia para la seguridad y manejo adecuado del producto. Esta información la puedo consultar y/o descargaren www.jfk.com.co.

Certifico que he leído y entendido el contenido de este formulario, que la información que he suministrado es veraz y me comprometo a actualizarla por lo menos una vez al año y que las autorizaciones otorgadas las he hecho en forma libre y voluntaria.

 Firma Solicitante o deudor solidario o aportante

C.C. _____

Fecha _____
 AAAA/ MM / DD

Huella Índice Derecho