

Fecha de la solicitud Día Mes Año **Intención de vinculación** ☐ Ahorro ☐ Crédito ☐ Inversiones en CDT ☐ Realizar transacciones **Diligencia el formato como** ☐ Titular ☐ Aportante ☐ Deudor solidario

Si seleccionó deudor solidario o aportante indique la cédula del titular Monto \$ Plazo meses Destino **Garantía** ☐ Idónea ☐ Otra

1. DATOS PERSONALES

Nombre completo 		Tipo de identificación ☐ Cédula ☐ Cédula de extranjería		☐ NIT ☐ Pasaporte		☐ Otro 		Lugar y fecha de Expedición 		Lugar y fecha de nacimiento 	
Sexo ☐ M ☐ Trans ☐ F ☐ No binario		Grupo étnico ☐ Indígena ☐ Gitano(a) o Rrom		☐ Palenquero(a) de San Basilio ☐ Negro(a), Mulato(a) ☐ Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)		☐ Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ Ningún grupo étnico		☐ Sin información		Nivel de Estudios ☐ Ninguno ☐ Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Universitario	
Estado civil ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión libre		☐ Divorciado ☐ Soltero		Si la respuesta de estado civil es casado o en unión libre indique: 		Cédula del cónyuge 		Nombre completo del cónyuge 		Agente extranjero Sí ☐ No ☐	
Dirección de Residencia		Estrato ☐ Celular		Ocupación ☐ Estudiante ☐ Ama de casa ☐ Empleado ☐ Independiente ☐ Pensionado o Jubilado ☐ Desempleado		Barrio		Teléfono de Residencia		E-mail	
Actividad económica		Posee Vivienda Propia Sí ☐ No ☐		Paga Arriendo Sí ☐ No ☐		¿Tiene familiares vinculados como emparentados en esta Convocatoria? Sí ☐ No ☐		Si la respuesta es si, indique: Nombre completo del familiar vinculado		Si la respuesta es no, indique: 	

2. INFORMACIÓN LABORAL

diligencie los campos que correspondan a su actividad principal
 ¿Tiene negocio propio?
 Si ☐ No ☐
 Si la respuesta es sí, indique:
 Tiempo de funcionamiento
 No. de Empleados
 Nombre de la empresa / negocio

NIT
 Act. Económica de la empresa
 Dirección de la empresa / negocio
 Barrio / Ciudad

Teléfono empresa / negocio
 Ext. de la empresa / negocio
 Cargo
 Dependencia

Tipo contrato
 ☐ Prestación de servicios
 ☐ Empleado Público
 ☐ Fijo
 ☐ Indefinido
 Periodo de pagos
 ☐ Diario
 ☐ Catorcenal
 ☐ Quincenal
 ☐ Mensual
 Fecha de Vinculación

☐ Por obra o labor
 ☐ Acuerdo Cooperativo
 ☐ Semanal
 ☐ Decadal
 Día
 Mes
 Año

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales Salario Pensión / Jubilación Comisiones / Honorarios Arrendamientos Ingresos netos del negocio o de la actividad Otros ingresos Total ingresos Detalle Otros ingresos Detalle ingresos neto neg/actividad	Egresos mensuales Gastos familiares Arrendamiento Obligaciones financieras/cuota de vivienda Otros egresos Total egresos ¿Posee bienes en fiducia? ☐ Sí ☐ No ☐
---	--

4. RESPONSABILIDADES FISCALES EN EL EXTERIOR

Nacionalidad	¿Tiene nacionalidad Estadounidense? ☐ Sí ☐ No	¿Tiene otra nacionalidad, cual?	Es. Resp. Impuestos en EE.UU. ☐ Sí ☐ No	TIN/ SSN ☐ Sí ☐ No	Si tiene TIN/SSN Indique el número
¿Ha permanecido más de 183 días durante los últimos 3 años en EE.UU.? ☐ Sí ☐ No					
¿Recibe Ingresos FADAP: Intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales? ☐ Sí ☐ No					
Recibe ingresos no FADAP : Conformados por 1) ingresos brutos procedentes de venta u otra(s) operación(es) sobre propiedad que se encuentra en los estados unidos 2) Las partidas de ingresos excluidos de los ingresos brutos. ☐ Sí ☐ No					
Posee Green Card ? ☐ Sí ☐ No					
Indique porqué no tiene TIN o SSN					
¿Es Responsable de impuestos en un país diferente a EE.UU o Colombia? ☐ Sí ☐ No					
Si la respuesta es si, indique:		País 1	TIN/ NIT	¿Posee productos en moneda extranjera? ☐ Sí ☐ No	
País 2		TIN/ NIT	¿Realiza transacciones en moneda extranjera? ☐ Sí ☐ No		

5. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

¿Tiene relación con un PEP? Sí ☐ Especifique parentesco No ☐		¿Es un PEP extranjero? Sí ☐ Especifique el tipo de PEP extranjero No ☐		¿Representa alguna Organización Internacional? Sí ☐ ¿Cuál? No ☐ NIT entidad		¿Actualmente o en los dos últimos años ha desempeñado cargos públicos o políticos? Sí ☐ No ☐	
Nombre Entidad		Cargo		Fecha de Inicio		Fecha Final	
				Día Mes Año 		Día Mes Año 	

6. REFERENCIA FAMILIAR

Nombre completo Teléfono Celular

7. REFERENCIA PERSONAL

Nombre completo Teléfono Celular

8. BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento, el beneficiario de mis aportes sociales, hasta donde sea legalmente permitido, es: Nombre completo Cédula Parentesco

AUTORIZACIONES

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, 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 le 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 del 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, restringir 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/uploads/footeraccess/politica-tratamiento-datos.pdf>

Cualquier trámite relacionado con los operadores de información y el tratamiento de sus datos será atendido en el correo electrónico datospersonales@jfk.com.co y en la Defensoría del Consumidor Financiero de JFK Cooperativa Financiera. Los canales dispuestos por JFK Cooperativa Financiera para contactar a los consumidores financieros 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: ☐ Mensajes cortos de texto SMS, mensajería por aplicaciones o web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, correspondencia física

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 aplicable a todas las líneas de crédito cuando haya lugar a ello.

Sí ☐ No ☐

Responsabilidades fiscales en el exterior: Declaro que, entiendo que con estos procedimientos la Cooperativa está dando cumplimiento a la normatividad aplicable y exoneró a JFK Cooperativa Financiera de cualquier responsabilidad derivada del recaudo o no de información, la realización o no de reportes a autoridades extranjeras.

ORIGEN DE FONDOS

Declaro que:

- 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.
- 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.
- 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 esa declaración autorizo a JFK Cooperativa Financiera a saldar mis productos.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Declaro que JFK Cooperativa Financiera, me informó e instruyó acerca de las medidas de seguridad que debo observar al realizar operaciones con los productos y/o servicios contratados, por cada canal de atención dispuesto por cada una de éstas con la que he adquirido y contratado el producto y/o servicio, así como los procedimientos para bloqueo, inactivación, reactivación y cancelación de los productos y/o servicios contratados, al igual que sobre los reglamentos de los mismos, los cuales además puedo consultar en www.jfk.com.co y que podré solicitar sean enviadas a mi correo electrónico.

SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Entregaré a JFK información veraz y verificable y actualizaré mi información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite JFK, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos.

EDUCACIÓN FINANCIERA

Declaro que fui informado acerca de:

La existencia del seguro de depósito, objeto, cobertura, beneficiarios y en general sobre todos los aspectos alusivos al seguro.

De los beneficios, derechos y obligaciones que me corresponden como asociado y de las condiciones para acceder a los beneficios por solidaridad.

De las características, tarifas y condiciones de los productos y servicios que solicito y que podré consultarlas directamente en www.jfk.com.co.

Las políticas y mecanismos implementados por la Cooperativa para realizar la gestión de cobranza prejudicial y judicial en caso que se requiera, por medio de sus empleados, abogados o terceros contratados por ésta, quienes están facultados para aceptar acuerdos de pago verbales y escritos.

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 adicionen? ☐ 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?

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

No. de documento de identidad

Fecha

Huella

ENTREVISTA AL CLIENTE (Para uso exclusivo de la Cooperativa)

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y REVISIÓN DEL FORMATO

Información verificada y revisada por:

Firma: _____ Resultado: _____

Nombre Empleado, firma y código

Nombre completo: _____

Fecha y hora: _____

AAAA/MM/DD 00:00

Observaciones: