

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	
Fecha de recibo Año Mes Día		Agencia		Ciudad	
Nº Radicado		Nombre Asesor		Código Asesor	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Segundo nombre			
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?			
¿Es responsable de impuestos en EE.UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					Agente Extranjero Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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			
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"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Jubilado <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 Por obra o labor <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/> Acuerdo Cooperativo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		Periodicidad de pago Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Decadal <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/>	
Fecha de vinculación Año Mes Día					
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		TOTAL ACTIVOS	
Pensión / Jubilación		Arrendamiento			
Comisiones / Honorarios		Cuota de vivienda		\$ _____	
Arrendamientos		Obligaciones financieras			
Ingresos netos del negocio o de la actividad		Otros egresos		TOTAL PASIVOS	
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	
Dirección Residencia EE.UU.		Estado EE.UU.		Ciudad EE.UU.	
Nº Telefónico EE.UU.		Nº Celular en EE.UU.			
¿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 (Si es cliente o aportante a diligenciar estos campos)

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.

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

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.

PROCEDIMIENTO DE COBRANZA

1. Declaro que recibí información clara, precisa y de fácil comprensión sobre las políticas y mecanismos implementados por la Cooperativa para realizar la gestión de cobranza extrajudicial y judicial en caso que se requiera, por medio de sus empleados, abogados o firmas de cobranza contratados por ésta, quienes están facultados para aceptar acuerdos de pago verbales y escritos.
2. Conozco que: a) En caso de incurrir en mora, se podrá iniciar el proceso de cobro tanto al deudor como al deudor solidario, a través de contacto telefónico o dejando mensajes de texto o de voz en los números de contacto registrados en la base de datos de la Cooperativa y/o los que se actualicen ante los operadores de información, en los horarios definidos para la recuperación de la cartera, indicando únicamente el nombre de la entidad, del empleado que realiza la llamada y el número de contacto, o por medio de comunicación escrita o electrónica. b) Al iniciar la cobranza administrativa, asumiré como único costo adicional los intereses moratorios. c) Si la mora persiste, se dará traslado de la obligación al Abogado, donde además de asumir intereses moratorios, también asumiré los honorarios y gastos de cobranza, así: i) Cuando haya arreglo directo con el Abogado en la etapa de Prejurídico, honorarios hasta del diez por ciento (10%) del valor cancelado (capital e intereses), ii) Presentada la demanda sin que se hayan notificado todas las partes en el proceso, cuando la obligación se cancele por arreglo directo con el Abogado, sin que intermedie el juzgado, honorarios hasta del quince por ciento (15%) del valor cancelado (capital e intereses), más otros gastos del proceso, iii) Notificadas todas las partes, cuando la obligación se cancele mediante transacción con mediación del juzgado, honorarios hasta del veinte por ciento (20%) del valor cancelado (capital e intereses), más otros gastos del proceso; cuando la obligación se cancele por terminación del proceso mediante liquidación judicial, los honorarios y costas judiciales se determinan de acuerdo con la liquidación que realice el juzgado.

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 irrevocable, mientras mantenga vínculos contractuales con ella y el uso de la información se haga conforme a la ley, a utilizar mis datos personales para:

1. Recolectar, almacenar, circular mis datos personales, incluyendo datos biométricos, como huellas, fotografías, videograbaciones y demás datos que puedan llegar a ser considerados sensibles, de conformidad con la ley, con el fin de lograr su objeto social y en especial para fines legales, contractuales y comerciales.
2. Los fines pertinentes a su objeto social y a mi relación contractual con la Entidad, incluida la atención de mis solicitudes, envío de extractos y comunicaciones y gestiones comerciales y de cobranza, entre otros.
3. El manejo de los productos de los que soy titular.
4. Presentarme ofertas comerciales a través de los canales que la Cooperativa establezca.
5. La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas.
6. Transferir mis datos personales a contratistas de la Cooperativa para trabajos estadísticos, de mercadeo o publicitarios; y a los demás terceros con quienes la Entidad establezca alianzas comerciales. Esta autorización podrá revocarse conforme lo prevea la ley.
7. Solicitar, consultar, compartir, informar, reportar, procesar, modificar, actualizar, aclarar, retirar o divulgar ante Operadores de Información o ante cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos, para los fines que legalmente le sean permitidos, todo lo referente a mi información financiera, comercial y crediticia (presente, pasada y futura), mi endeudamiento, y el nacimiento, modificación y extinción de mis obligaciones y derechos originados en virtud de cualquier contrato celebrado u operación realizada o que llegare a celebrar o realizar con la Cooperativa.
8. Reunir y remitir a las autoridades fiscales y reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados y los que serán contratados, datos de ubicación, movimientos de cuentas y saldos, y cualquier otra información que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras de prevención de evasión fiscal o de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como aquellas que la regulen, modifiquen o sustituyan.
9. En adición a las autorizaciones previamente otorgadas, autorizo de manera expresa, inequívoca, voluntaria, y suficiente a JFK Cooperativa Financiera para solicitar, tratar, consultar, recolectar, almacenar, analizar, verificar, usar o circular la información personal o comercial relativa a mis ingresos y aportes obligatorios y/o voluntarios en salud, pensión, y cesantías de las entidades de seguridad social, fondos de pensiones o cesantías y/u otra entidad similar en que se encuentre afiliado, que reposa o sea administrada por los operadores de información (PILA), aliados tecnológicos y demás entidades que forman parte del Sistema de Seguridad Social, y a éstos a su vez para que le suministren a JFK Cooperativa Financiera, por medio que considere pertinente y seguro, mis datos personales relacionados con la afiliación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social, tales como ingreso base de cotización y demás información relacionadas con mi situación laboral y empleador. Consulte las "Políticas sobre el tratamiento de Datos Personales" de la Cooperativa en [www.jfk.com.com/ConsumidorFinanciero/Políticas Sobre Tratamiento de Datos Personales](http://www.jfk.com.com/ConsumidorFinanciero/PolíticasSobreTratamientoDeDatosPersonales). 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 (4)262 64 44 opción 7 en la ciudad de Medellín o en el correo electrónico corporativo jfk.com.co

DECLARACIÓN FATCA**COMO SOLICITANTE manifiesto que:**

- a. He permanecido más de 183 días durante los últimos 3 años en los Estados Unidos. Sí NO
- b. Poseo Tarjeta de Residente (Green Card) de los Estados Unidos. Sí NO
- c. Recibo ingresos FDAP: intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales. Sí NO
- d. Recibo ingresos no FDAP: conformados por 1) Ingresos brutos procedentes de la venta u otra(s) operación(es) sobre propiedades que se encuentren en los Estados Unidos y 2) Las partidas de ingresos excluidos de los ingresos brutos, tales como bonos municipales exentos de impuestos en los ingresos cualificados derivados de becas de estudio, ya sea el titular persona de los EE.UU. o que tenga la condición de extranjero. Sí NO

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS

1. ¿Tiene relación con un PEP? Sí NO Especifique: _____
2. ¿Lo reconocen como PEP? Sí NO Especifique: _____
3. ¿Actualmente o en los dos últimos años ha desempeñado cargos políticos o públicos? Sí NO
 Entidad: _____ Cargo: _____
 Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____
4. ¿Maneja recursos públicos? Sí NO ¿de qué tipo? _____

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? dd _____ mm _____ aaaa _____

AUTORIZACIÓN ENVÍO DE INFORMACIÓN

Autorizo a que me envíen toda clase de correspondencia relacionada con los productos y servicios financieros que ofrece la Cooperativa y los que tengan vigentes, al correo electrónico y/o número de celular registrado por mí, con mensajes de texto o de voz. En caso de no registrar correo electrónico, a

Agencia Residencia Empresa

El Reporte Anual de Costos Totales lo recibiré en el correo electrónico registrado por mí, si no registro correo electrónico lo reclamaré en una de las agencias de la Cooperativa.

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 descargar, si es el caso en 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