

Fecha	Agencia	Ciudad	Nombre Asesor	Código Asesor
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo
Tipo de Identificación y Número		Lugar y Fecha de Expedición	Lugar y Fecha de Nacimiento	Estado Civil
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	
Número de SSN:		o TIN en EE.UU.:		
Nro. Personas a Cargo	Nivel de Estudio	Profesión	Dirección de residencia	
Barrio	Municipio	Teléfono Residencia	Celular	Estrato Correo Electrónico
Ocupación	CIU	Empresa donde labora	NIT. Empresa	Dependencia
Actividad económica de la Empresa		CIU	Dirección de la Empresa	Ciudad Teléfono Empresa Ext.
Fax Empresa	Cargo	Tipo de Contrato		Periodicidad de Pago
Fecha de Vinculación	¿Tiene Negocio?	Nombre del Negocio	Tipo de Actividad o Negocio	CIU del Negocio
Dirección del Negocio		Teléfono del Negocio	Ext. Fax	Tiempo en Actividad o Negocio Nro. Empleados
<b>INGRESOS MENSUALES</b>			<b>EGRESOS MENSUALES</b>	
Salario	Gastos familiares		<b>TOTAL ACTIVOS</b>	
Pensión / Jubilación	Arrendamiento o cuota de vivienda		\$ _____	
Comisiones / Honorarios	Obligaciones financieras			
Arrendamientos	Otros egresos		<b>TOTAL PASIVOS</b>	
Ingresos netos del negocio o de la actividad			\$ _____	
Otros ingresos	Total Egresos			
<b>Total Ingresos</b>	Saldo deudas actuales:\$			
Detalle otros ingresos:				
Detalle ingresos Netos Neg/Act:				
¿Posee bienes en Fiducia?		¿Qué clase de Bienes?		¿Declara Renta?
Casa		Dirección - Ciudad	Valor Comercial \$	Saldo de Deuda \$ Hipoteca a favor de
Otro, Cuál?		Dirección - Ciudad	Valor Comercial \$	Saldo de Deuda \$ Hipoteca a favor de
Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial \$	Saldo de Deuda \$ Prenda a favor de
Dirección Residencia EE.UU.		Estado EE.UU.	Ciudad EE.UU.	Nº Telefónico EE.UU. Nº Celular EE.UU.
¿Realiza Transacciones en Moneda Extranjera?		Tipo de Transacción: Otras. Cuáles?		
¿Posee productos en Moneda Extranjera?	Producto	Entidad	Nro. de Cuenta	Monto Ciudad País Moneda
Familiar (Apellidos y Nombres)		Parentesco	Ciudad	Teléfono fijo Celular
Personal (Apellidos y Nombres)			Ciudad	Teléfono fijo Celular
En caso de fallecimiento, los beneficios de solidaridad a mi favor, si los hubiesen, al igual que mis ahorros disponibles y aportes sociales, hasta donde sea legalmente permitido, serán entregados a: _____ con C.C. _____ Parentesco . Si éste no estuviese vivo en la fecha de mi fallecimiento, entregar a: con C.C. _____ Parentesco . Cualquier cambio al respecto, lo notificaré por escrito.				
<b>Declaro que:</b>				
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 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.				

**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 mi 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. Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales, se extiende a la información que entrego, en cumplimiento del Decreto 1674 de 2016.
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.

Consulte las "Políticas sobre el tratamiento de Datos Personales" de la Cooperativa en [www.jfk.com.co/Consumidor Financiero/Políticas Sobre Tratamiento de Datos Personales](http://www.jfk.com.co/Consumidor Financiero/Políticas Sobre Tratamiento de Datos Personales).

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](mailto:corporativo@jfk.com.co)

**DECLARACIÓN FATCA**

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 \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO**

El suscrito, para todos los efectos a que haya lugar, declaro que:

1. Fui informado acerca de los beneficios y derechos que me corresponden como asociado, si actualizo mi Aporte Social y cumplo con los demás requisitos establecidos en el Reglamento de Solidaridad.
2. Conozco las condiciones para tener derecho a los beneficios por solidaridad que ofrece la Cooperativa.

**SEGURO DE DEPÓSITO**

Fui informado por la Cooperativa sobre la existencia del **Seguro de Depósito**, 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**.

**AUTORIZACIÓN ENVÍO DE INFORMACIÓN**

Autoriza a la Cooperativa para que:

- Me envíe toda clase de correspondencia relacionada con los productos y servicios financieros que ofrece o que yo tenga contratados con la Entidad, al correo electrónico registrado por mí.  
Si no registra correo electrónico, seleccione otro medio: Agencia  Residencia  Empresa
- El Reporte Anual de Costos Totales me sea enviado al correo electrónico; en caso de no registrar, lo reclamaré en una de las agencias de la Cooperativa.
- Me envíe mensajes de texto o de voz a los números telefónicos móviles de mi uso o propiedad.

**FIRMA Y HUELLA**

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** \_\_\_\_\_

**C.C.** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

AAAA / MM / DD

Huella Índice Derecho

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA**

**ENTREVISTA POTENCIAL CLIENTE**

Fecha de la Entrevista: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/DD

\_\_\_\_\_  
Firma y Código del Empleado

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos del Empleado

\_\_\_\_\_  
Cargo

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y REVISIÓN DEL FORMATO**

**Información verificada y revisada por:**

**Fecha:**

\_\_\_\_\_  
Nombre Empleado, Firma y Código

\_\_\_\_\_  
AAAA / MM / DD

Observaciones: \_\_\_\_\_