

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMULARIO SE DEBEN DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, SI NO CUENTA CON ALGUN DATO, FAVOR DILIGENCIE "NO APLICA" O "NO INFORMA".

### INFORMACIÓN BÁSICA

|  |                      |  |   |
|--|----------------------|--|---|
| Primer Nombre  | Segundo Nombre       | Primer Apellido                                      | Segundo Apellido  |
| Tipo de Documento de Identidad<br>CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/>  | Número de Documento  | Fecha de Nacimiento<br>D   D   M   M   A   A   A   A | Tipo de Empleado<br>Público <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/>   |
| Nivel de Educación<br>Postgrado <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Tecnólogo/Técnico <input type="radio"/> Bachiller <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> | Estado Civil         | No. de Hijos   | Estrato socioeconómico  |
| Dirección de Residencia  | Ciudad de Residencia | Barrio   |   |
| Dirección E - Mail   | Teléfono Casa        | Celular  | Envío de Correspondencia<br>E - Mail <input type="radio"/> Residencia <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> |

### INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Descripción de Actividad Económica  | Cargo                      |
| Nombre de la Empresa / Negocio  | Teléfono Empresa / Negocio |
| Dirección de la Empresa / Negocio   | Tipo de contrato           |
| Antigüedad  | Fecha de Ingreso           |
| Meses   | Años                       |
| ¿Realiza alguna actividad en moneda extranjera? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |                            |

### INFORMACIÓN FINANCIERA (en pesos Colombianos)

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| SALARIO / PENSIÓN          | TOTAL EGRESOS MENSUALES |
| OTROS INGRESOS             | ACTIVOS                 |
| TOTAL INGRESOS             | PASIVOS                 |
| DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS |                         |

### SOLICITUD DE PRODUCTOS

|                |   |
|----------------|---|
| CRÉDITO SOCIAL | Social <input type="radio"/> Reestructuración <input type="radio"/> Línea de Crédito _____  |
|                | Valor Solicitado \$ _____ Plazo _____ Meses Forma de pago Nómina <input type="radio"/> Caja <input type="radio"/>   |
|                | Garantía Hipoteca <input type="radio"/> Codeudor <input type="radio"/> Prenda <input type="radio"/> Fondo de Garantías <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> |

### Datos de Desembolso

Autorizo a Cooperativa Juriscoop para que sea abonado a mi cuenta corriente  o ahorros  No. \_\_\_\_\_ de la entidad Financiera \_\_\_\_\_ el valor del monto aprobado.

### Autorizo recoger la siguiente cartera:

| Entidad | NIT | No. Obligación | Valor a Cancelar |
|---------|-----|----------------|------------------|
|         |     |                |                  |
|         |     |                |                  |
|         |     |                |                  |

### REFERENCIAS

|          |       |                     |            |              |
|----------|-------|---------------------|------------|--------------|
| FAMILIAR | REF 1 | Nombres y Apellidos | Parentesco | Teléfono     |
|          |       | Dirección           | Ciudad     | Departamento |
| PERSONAL | REF 2 | Nombres y Apellidos | Parentesco | Teléfono     |
|          |       | Dirección           | Ciudad     | Departamento |
| CÓNYUGE  | REF 3 | Nombres y Apellidos |            | Teléfono     |
|          |       | Dirección           |            |              |

### DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Se consideran enfermedades terminales y/o graves las siguientes Y NO CUENTAN CON COBERTURA: VIH (Sida), enfermedad de moto neurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática) terminal, cáncer (excepto cáncer in situ) lupus eritematoso, esclerosis múltiple, miastenia grave, enfermedad pulmonar con criterios médicos y paraclínicos de severidad, demencias y enfermedades cerebro vasculares, distrofia muscular, antecedentes de trasplante cardíaco, hepático o renal, infarto del miocardio, cirugía arterioconararia, leucemia, mal de hodgkin, accidente cerebro vascular, diabetes mellitus tipo I, cualquier cardiopatía isquémica, enfermedad degenerativa del sistema nervioso (Alzheimer/s demencia senil), trombosis cerebral aguda y tromboflebitis.

¿Tiene, ha tenido, le han diagnosticado o ha sido intervenido por alguna de las enfermedades anteriormente mencionadas? SI  NO

### RELACIÓN CON EL GRUPO JURISCOOP

¿Es Usted directivo, representante legal o integrante de alguna de las empresas del Grupo Juriscoop? SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Hace parte del grupo familiar de directivos o representantes legales de alguna de las empresas del Grupo Juriscoop? SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

|        |            |
|--------|------------|
| Nombre | Parentesco |
|--------|------------|

## DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

En cumplimiento de las normas legales para la asociación y apertura de créditos, declaro (amos) ante Cooperativa Juriscoop: 1. Que los activos/ingresos/recursos que se entregarán en administración, son provenientes de \_\_\_\_\_, y que los mismos no son producto de actividades ilícitas. 2. Que no admitiré (emos) que terceros depositen fondos a nombre mio (nuestro) provenientes de actividades ilícitas. 3. Que en caso de infracción a lo contenido en este documento, Cooperativa Juriscoop, puede saldar mi (s) (nuestra) (s) cuenta(s) y declarar de plazo vencido las obligaciones a mi cargo. 4. Que destinaré (emos) los fondos otorgados por Cooperativa Juriscoop para los fines que fueron concedidos, y en ningún caso para actividades ilícitas.

**A. ¿Por mi cargo o actividad ejerzo algún grado de poder público?**

SI  NO

**B. ¿Por mi actividad u oficio, gozo de reconocimiento público general?**

SI  NO

## AUTORIZACIÓN DÉBITO CUENTA DE AHORROS

Autorizo a Cooperativa Juriscoop en forma permanente a debitar parcial o totalmente de la cuenta de ahorro a la vista abierta a mi nombre en Financiera Juriscoop S.A., el valor correspondiente a la (s) cuota (s) Mensual (es) vencida(s) de mi (s) obligación (es) con tales entidades, en la fecha prevista para cada pago; en caso de no poseer saldo disponible para cubrirla (s), me comprometo a cancelar en cualquier oficina de Financiera Juriscoop o los canales establecidos, el valor de la (s) misma (s), más los costos por mora que se generen a la fecha de pago.

**Firma** \_\_\_\_\_

## SOLICITUD MODIFICACIÓN APORTES SOCIALES

|   |                                |  |
|---|--------------------------------|--|
| Valor Cuota Aporte - Actual<br>\$ _____ | Nueva cuota aporte<br>\$ _____ | Forma de pago<br>Nómina <input type="radio"/> Caja <input type="radio"/> |
|---|--------------------------------|--|

## INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS ADICIONALES SERVICIO EXEQUIAL -Plan Antiguo

| Identificación |        | Beneficiario | Fecha de Nacimiento           | Parentesco |
|----------------|--------|--------------|-------------------------------|------------|
| Tipo           | Número |              |                               |            |
|                |        |              | D   D   M   M   A   A   A   A |            |
|                |        |              | D   D   M   M   A   A   A   A |            |
|                |        |              | D   D   M   M   A   A   A   A |            |
|                |        |              | D   D   M   M   A   A   A   A |            |

## MODIFICACIÓN BENEFICIARIOS DE HERENCIA JURISCOOP Y APORTES (Asignar beneficiarios)

| Identificación |        | Beneficiario | Fecha de Nacimiento           | Parentesco | % |
|----------------|--------|--------------|-------------------------------|------------|---|
| Tipo           | Número |              |                               |            |   |
|                |        |              | D   D   M   M   A   A   A   A |            |   |
|                |        |              | D   D   M   M   A   A   A   A |            |   |
|                |        |              | D   D   M   M   A   A   A   A |            |   |
|                |        |              | D   D   M   M   A   A   A   A |            |   |

## AUTORIZACIONES

### AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo voluntariamente, de manera expresa e irrevocable, a JURISCOOP o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, en forma permanente para que con fines estadísticos y de información interbancaria, financiera o comercial, consulte, informe, reporte, procese o divulgue, a cualquier entidad que administre bases de datos con tales fines, toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos, podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y la jurisprudencia aplicable. Lo anterior implica que la información reportada permanezca en la base de datos durante el tiempo que la misma ley establezca, de acuerdo con el momento y las condiciones en que se efectúe el pago de las obligaciones. La autorización aquí concedida se extiende a la consulta de los bienes o derechos que poseo o llegare a poseer y cuya información repose en las bases de entidades públicas y/o privadas, bien fuere en Colombia o en el exterior. De igual forma, autorizo voluntariamente el envío de mensajes a mi teléfono móvil o celular y/o a través de correo electrónico, de información comercial, legal, de productos, de seguridad, de servicio o cualquier otra índole, por parte de JURISCOOP. En caso que Juriscoop efectúe a favor de un tercero, una venta de cartera, o una cesión da cualquier título de las obligaciones o derechos a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a dicho tercero, en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a las centrales de información financiera a las que les sea reportada mi información personal, a que la pongan 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.

### AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES JURISCOOP

De conformidad con lo dispuesto en la ley 1581/12, los datos personales que obtenga JURISCOOP del titular de la información, serán compilados, almacenados, consultados, usados, compartidos, intercambiados, transmitidos, transferidos y objeto de tratamiento en bases de datos, hasta la terminación del vínculo contractual entre el titular de la información y Juriscoop y durante veinte (20) años más, los cuales tendrán las siguientes finalidades: 1) Efectuar las gestiones pertinentes para llevar a cabo el procedimiento de asociación y colocación de los productos del portafolio de JURISCOOP, respecto de cualquiera de los productos o servicios que pueda adquirir o proveer. 2) Dar cumplimiento a la ley colombiana o extranjera y las órdenes de autoridades judiciales o administrativas. 3) Realizar invitaciones a eventos y todas aquellas actividades asociadas a la promoción de la relación comercial o vínculo existente con JURISCOOP, o aquel que llegare a tener. 4) Gestionar trámites como solicitudes, quejas, reclamos, sugerencias y comentarios. 5) Realizar análisis de riesgos, estudios de perfil del asociado y de mercadeo, encuestas de satisfacción respecto de los productos y servicios ofrecidos. 6) Desarrollar productos, servicios, alianzas comerciales, o cualquier otra figura similar, con terceros, o para el cumplimiento o en ejecución de contratos de seguro en los que JURISCOOP sea tomador, y el titular sea el asegurado, tales como, el seguro de vida de deudores, los seguros de vida relacionados con las coberturas del Fondo Mutual de Previsión, Asistencia y Solidaridad de Juriscoop, o seguros contra fraude. Esta base de datos cuenta con las medidas de seguridad necesarias para la conservación adecuada de los datos personales.

Con los mismos fines anteriormente señalados, JURISCOOP, o quienes en un futuro representen sus derechos, están autorizados para obtener, compilar, intercambiar, enviar, comprar y utilizar mis datos personales; Los datos consignados en el presente formulario podrán ser utilizados y/o compartidos con las empresas del Grupo Juriscoop; Datos sensibles. El titular de la información manifiesta que conoce, acepta y autoriza de manera libre y espontánea el tratamiento de la información relevante y de datos biométricos que sea necesaria para el cumplimiento de las finalidades anteriormente descritas, basado en lo establecido en la presente autorización y el MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE JURISCOOP.

Con la aceptación de la presente autorización, se permite el tratamiento de sus datos personales para las finalidades mencionadas y reconoce que los datos suministrados a JURISCOOP son ciertos, dejando por sentado que no se ha omitido o adulterado ninguna información. El titular entiende que es voluntario responder preguntas que eventualmente le sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores.

Alcance de la autorización. Declaro que la extensión temporal de esta autorización y el alcance de la misma no se limitan a los datos personales y/o datos sensibles recolectados en esta oportunidad, sino, en general, a todos los datos personales y/o datos sensibles que fueron recolectados antes de la presente autorización cuando la Ley no exigía la autorización. Esta autorización ratifica mi autorización retrospectiva del tratamiento de mis datos personales y/o datos sensibles.

Se deja constancia que el titular tiene el derecho de acceder en cualquier momento a los datos suministrados, a solicitar su corrección, actualización o supresión en los términos establecidos en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, mediante los siguientes medios: Comunicación remitida al responsable de atención de peticiones al correo electrónico [servicioalcliente@cooperativajuriscoop.com.co](mailto:servicioalcliente@cooperativajuriscoop.com.co), a través del portal [www.juriscoop.com.co](http://www.juriscoop.com.co) o en todas las oficinas de JURISCOOP.

### AUTORIZACIONES ADICIONALES

1) Autorizo para que la pagaduría a la cual pertenezco descuenta de mi nómina mensual, y en caso contrario, cancelaré por ventanilla las obligaciones contraídas con Juriscoop tales como: créditos, aportes sociales, contribuciones al Fondo Mutual de Previsión, Asistencia y Solidaridad, fondos sociales y cuota de afiliación, y a su vez las adquiridas por los familiares dependientes económicamente de mí. 2) Declaro que conozco y he leído los estatutos de la Cooperativa del Sistema Nacional de Justicia Juriscoop al igual que su normatividad, los cuales puedo encontrar en la dirección electrónica <http://www.juriscoop.com.co> 3) Certifico que toda la información suministrada es verídica y me comprometo a informar y actualizar en caso de cualquier cambio cada vez que se presente. 4) Conozco que las coberturas que correspondan a contratos de seguros, son contratadas a través de compañías de seguros autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia, y se sujetarán a los términos y condiciones establecidas en las pólizas de seguros correspondientes.

Fecha de Diligenciamiento

D | D | M | M | A | A | A | A

Hora

H | H | M | M | am | pm

**FIRMA** \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. \_\_\_\_\_

IMPRESIÓN DACTILAR

## ESPACIO EXCLUSIVO PARA JURISCOOP

|                           |                         |                       |   |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|---|
| Oficina                   | Nombre Asesor Comercial | Código del Asesor     | Fecha de Entrega<br>D   D   M   M   A   A   A   A |
| Nombre Gerente de Oficina | Firma                   | Visto bueno Pagaduría |   |