

# SOLICITUD ÚNICA DE VINCULACIÓN Y PRODUCTOS

Persona Natural



## INFORMACIÓN BÁSICA

<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. (NUIP)	Número de Documento	<b>SOLICITUD PARA:</b> <input type="radio"/> Cooperativa Juriscoop <input type="radio"/> Financiera Juriscoop	<b>TIPO DE SOLICITANTE:</b> <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Representante Legal <input type="radio"/> Codeudor Solidario <input type="radio"/> Otro	
Dirección de Residencia		Ciudad y Departamento de Residencia	País de nacimiento	Teléfono de Residencia (Opcional)
Teléfono Celular	Correo Electrónico	Correo Electrónico Adicional	<b>ENVÍO DE CORRESPONDENCIA:</b> <input type="radio"/> Correo Electrónico <input type="radio"/> Residencia <input type="radio"/> Oficina	

<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Divorciado	<b>NIVEL DE EDUCACIÓN:</b> <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Maestría	<b>TIPO DE VIVIENDA:</b> <input type="radio"/> Asignada <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Familiar	Personas a Cargo
---	---	---	------------------

## ACTIVIDAD ECONÓMICA

<b>SELECCIONA TU OCUPACIÓN:</b> <input type="radio"/> Empleado Público <input type="radio"/> Empleado Privado <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Independiente	Debe adjuntar RUT			
<b>TIPO DE CONTRATO:</b> <input type="radio"/> Término Indefinido <input type="radio"/> Propiedad <input type="radio"/> En Carrera <input type="radio"/> Término Fijo <input type="radio"/> Provisionalidad <input type="radio"/> Otro	Entidad donde trabajas o estudias / Entidad que paga tu pensión / Nombre de tu Negocio			
Dirección Laboral (Aplica solo Empleado o Independiente)	Ciudad y Departamento Laboral (Aplica solo Empleado o Independiente)	Teléfono Laboral (Aplica solo Empleado o Independiente)	Ext.	Fecha de Ingreso / Pensión

## INFORMACIÓN FINANCIERA (EN PESOS)

<b>SALARIO/PENSIÓN</b>	\$	<b>ACTIVOS</b>	\$
<b>OTROS INGRESOS*</b>	\$	<b>PASIVOS</b>	\$
<b>TOTAL EGRESOS MENSUALES</b>	\$		

\*Descripción de otros ingresos (para solicitud de crédito debes ADJUNTAR soporte)

## TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

<b>¿TIENES PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tipo(s) de Moneda(s)
<b>¿QUÉ TRANSACCIONES NORMALMENTE REALIZAS?</b> <input type="radio"/> Importaciones <input type="radio"/> Exportaciones <input type="radio"/> Inversiones <input type="radio"/> Giros <input type="radio"/> Préstamos en Moneda Extranjera <input type="radio"/> Ordenes de pago <input type="radio"/> Cambio de Divisas <input type="radio"/> Transferencias <input type="radio"/> Otra	

**DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS.** En cumplimiento de las normas legales, declaro ante la Cooperativa del Sistema Nacional de Justicia Juriscoop, ante Financiera Juriscoop S.A. Compañía de Financiamiento y ante las demás empresas del Grupo Juriscoop, que mis bienes, fondos y recursos provienen de \_\_\_\_\_ y NO son producto de actividad(es) ilícita(s), y no canalizaré ni admitiré que terceros canalicen fondos, a través de mis productos, que sean provenientes de actividades ilícitas o contempladas en el Código Penal Colombiano.

## PLAN DE VINCULACIÓN DE LA COOPERATIVA JURISCOOP

Este Plan de Vinculación es exclusivamente a la Cooperativa Juriscoop

<b>SEÑALA LA FORMA DE VINCULACIÓN:</b> <input type="radio"/> Servidor Público <input type="radio"/> Ex-Servidor Público SNJ <input type="radio"/> Pensionado Sector Público <input type="radio"/> Empleado del Grupo (en calidad de Vinculado) <input type="radio"/> Familiar de Asociado <input type="radio"/> Parentesco _____	Tipo de Documento del Asociado	Número de Documento del Asociado	
Selecciona tu tipo de membresía:	Aportes	\$	Selecciona tu(s) asistencia(s):
<input type="radio"/> ORO <input type="radio"/> MILLENNIAL <input type="radio"/> PLATINO <input type="radio"/> PLAN FAMILIA <input type="radio"/> SENIOR	Contribución al Fondo Mutual	\$	<input type="radio"/> Servicio Exequial <input type="radio"/> Hogar y Mascotas <input type="radio"/> Mercado Garantizado <input type="radio"/> Asistencia Integral <input type="radio"/> LEGIS <input type="radio"/> Familia Protegida <input type="radio"/> Otra _____
Nombre Asociado Principal	Total Asistencias	\$	La primera asistencia viene incluida en el valor del plan, cada asistencia adicional cuesta \$15,000 mensuales. La Membresía Oro no incluye asistencias.
C.C.	<b>TOTAL PLAN</b>	\$	

## FORMA DE PAGO

<input type="radio"/> Caja <input type="radio"/> Libranza <input type="radio"/> Débito a Cuenta	Datos de consulta del desprendible de nómina (opcional)	<b>TIPO DE CUENTA:</b> <input type="radio"/> Ahorros <input type="radio"/> Corriente	Entidad de la Cuenta a Debitar	Número de Cuenta
Selecciona una forma de pago	Usuario	Contraseña		

## AHORRO E INVERSIÓN

### PRODUCTOS DE AHORRO E INVERSIÓN EN FINANCIERA JURISCOOP:

Cuenta de Ahorro  Inversuños  Rito  CDT



**VALOR CUOTA O MONTO DE APERTURA** \$ \_\_\_\_\_

**PLAZO:** \_\_\_\_\_ meses

## FORMA DE PAGO

<input type="radio"/> Caja <input type="radio"/> Libranza <input type="radio"/> Débito a Cuenta	Datos de consulta del desprendible de nómina (opcional)	<b>TIPO DE CUENTA:</b> <input type="radio"/> Ahorros <input type="radio"/> Corriente	Entidad de la Cuenta a Debitar	Número de Cuenta
Selecciona una forma de pago	Usuario	Contraseña		

## CRÉDITO

### CRÉDITO EN LA COOPERATIVA JURISCOOP

Social - Línea: \_\_\_\_\_  Consumo - Línea: \_\_\_\_\_  Reestructuración

### CRÉDITO EN FINANCIERA JURISCOOP

Libre Inversión  Vehículo  Otro \_\_\_\_\_  Solicitud Inicial  Tarjeta Amparada  Compra de Cartera  Moto  Tarjeta de Crédito  Aumento de Cupo  Tarjeta Extendida

**VALOR SOLICITADO** \$ \_\_\_\_\_

**PLAZO:** \_\_\_\_\_ meses (NO aplica para Tarjeta de Crédito)

Documento del Titular (Aplica para Tarjeta Amparada / Tarjeta Extendida)

**TIPO DE DOCUMENTO:**  C.C.  C.E.

### DATOS BÁSICOS DE LA MOTO A FINANCIAR

Fecha	Concesionario	Tipo de Servicio
Funcionario	Vehículo	Modelo
Valor Comercial	Cuota Inicial	Valor a financiar
Tipo de Plan	Plazo	

## FORMA DE PAGO

<input type="radio"/> Caja <input type="radio"/> Libranza <input type="radio"/> Débito a Cuenta	Datos de consulta del desprendible de nómina (opcional)	<b>TIPO DE CUENTA:</b> <input type="radio"/> Ahorros <input type="radio"/> Corriente	Entidad de la Cuenta a Debitar	Número de Cuenta
Selecciona una forma de pago	Usuario	Contraseña		

## DESEMBOLSO

### ABONO A CUENTA

Entidad	Número de Cuenta	<b>TIPO DE CUENTA:</b> <input type="radio"/> Ahorros <input type="radio"/> Corriente
---------	------------------	--

### COMPRA DE CARTERA

Entidad	Número de la Obligación	Valor a Cancelar
Entidad	Número de la Obligación	\$
Entidad	Número de la Obligación	\$
Entidad	Número de la Obligación	\$

CARTERA A RECOGER

Si necesitas más campos, solicita el Anexo Compra de Cartera

### REFERENCIA FAMILIAR

Nombre y Apellidos	Correo Electrónico	Teléfono o Celular
--------------------	--------------------	--------------------

### REFERENCIA PERSONAL

Nombre y Apellidos	Correo Electrónico	Teléfono o Celular
--------------------	--------------------	--------------------

**REFERENCIAS.** Manifiesto que cuento con plena autorización de las personas naturales indicadas como referencias y que actúo por mandato de estos y/o en su representación para suministrar sus datos a Financiera Juriscoop, a la Cooperativa del Sistema Nacional de Justicia Juriscoop y a las demás empresas que conforman el Grupo Empresarial Juriscoop, con el fin de confirmar la información relacionada por mí en este formato. De igual manera declaro que tales personas conocen sus derechos como titulares, la forma de ejercerlos, y la identificación, dirección y teléfono de los responsables del tratamiento, aspectos que se detallan más adelante en este documento.

**DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD.** Las enfermedades terminales preexistentes a la fecha de desembolso del crédito NO CUENTAN CON COBERTURA del seguro de vida. Se entiende por "enfermedad terminal" el estado de salud incurable e irreversible, en el que concurren las siguientes características: 1) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable. 2) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico. 3) Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. 4) Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte. 5) Pronóstico de vida inferior a 6 meses. El cáncer (invasivo metastásico), SIDA, enfermedades de moto neurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática, etc.), en las etapas finales de la enfermedad, son ejemplos de "enfermedades terminales". ¿Tiene, ha tenido, le han diagnosticado o ha sido intervenido por una "enfermedad terminal"?  Sí  No

## DECLARACIÓN FATCA RESIDENCIA FISCAL DEL CLIENTE EN LOS ESTADOS UNIDOS

Nota: Las personas que deben declarar impuestos en los EEUU incluye: Ciudadanos de EEUU, ciudadanos con doble nacionalidad y personas residentes en los EEUU

## ¿TIENE USTED QUE DECLARAR IMPUESTOS EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA?

Sí  No **NÚMERO DE TIN** \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN CRS RESIDENCIA FISCAL DEL CLIENTE EN OTROS PAÍSES

Nota: El TIN puede no estar disponible porque a) La jurisdicción no lo emite b) No puede ser revelado c) Está en proceso de trámite d) otros

## ¿TIENE USTED QUE DECLARAR IMPUESTOS EN OTROS PAÍSES?

Sí  No

PAÍS \_\_\_\_\_  
PAÍS \_\_\_\_\_

TIN \_\_\_\_\_  
TIN \_\_\_\_\_

TIN NO DISPONIBLE \_\_\_\_\_  
TIN NO DISPONIBLE \_\_\_\_\_

