



FORMATO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

FORMATO N°
ACTUALIZACION DATOS

Fecha de Diligenciamiento			Ciudad	Empresa
Año	Mes	Día		
			Dependencia	

1.DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre									
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Ciudad de Expedición		Fecha de Expedición		Fecha de Nacimiento							
C.C.	C.E.					Año	Mes	Día	Año	Mes	Día				
NIT	T.I.														
Nacionalidad		Ciudad de Nacimiento		Departamento		Sexo		Número de Hijos		Número de Personas a Cargo					
						Masculino		Mujer Cabeza de Flia		Menores de 18 años					
						Femenino		SI		NO					
Estrato Socioeconómico		N° Cuenta bancaria				Banco		tipo de cuenta							
1	3	5					ahorros								
2	4	6					corriente								
Correo electrónico Personal				Estado Civil											
				Soltero				Viudo(a)				Union Libre			
				Casado (a)				Divorciado (a)							
Nivel Educativo		Primaria		Tecnico		Univ		Ninguno		Titulo obtenido					
		Secundaria		Tecnologo		Posgrado		Otro,Cual:							

2.DATOS DE UBICACIÓN

Dirección de Residencia		Barrio		Municipio		Departamento		Correo Electrónico laboral			
Telefono Fijo casa		ZONA		Tipo de Vivienda				ZONA UBICACIÓN		Número de Celular	
		SUR		NORTE		Propia		Familiar		Arrendada	
								RURAL		URBANO	

3 INFORMACION LABORAL

Nombre/ Razón Social			Dirección			Municipio		Departamento	
Tipo de Contrato			Fecha de Vinculacion			Dependencia		Cargo que desempeña	
Indefinido			Año						
Termino Fijo			Mes						
Prest. Servicios			Dia						
Honorarios			Hogar						
Hora labor									
Correo Electrónico laboral			Teléfono		Extension		SALARIO		

4. DECLARACION DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE (PEPS)

- Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos (24) meses cargos o actividades en las cuales :
- a). ¿Tienes o goza de reconocimiento publico? SI NO CUAL?
- b). ¿Maneja recursos públicos o que tengas poder de disposicion de estos? SI NO CUAL?
- c). ¿ Tiene grado de poder público o desempeña una funcion publica prominente o destacada en el estado relacionada con algun de los cargos descritos en el decreto en el decreto 1674 de 2016? SI NO CUAL?
- d). ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consaginidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? SI NO CUAL?

5.DATOS DEL CÓNYUGE / COMPAÑERO (A) PERMANENTE

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre					
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Ciudad de Expedición		Fecha de Expedición		Fecha de Nacimiento			
C.C.	C.E.					Año	Mes	Día	Año	Mes	Día
NIT	T.I.										
Ocupación Actual				Nombre de la Empresa donde trabaja							
Empleado				Pensionado				Hogar			
Independiente				Estudiante				Cesante			
				Teléfono							

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

6.1 Ingresos Mensuales

Ingreso por Sueldo	Ingreso por Pension	Otros Ingresos Mensuales \$ _____ Proviene de: _____ De: _____
Procedencia de los Fondos que Maneja:		Valor de los Activos
Mis Ingresos Proviene de :		Valor de los Pasivos

6.2 Egresos Mensuales

Compromisos Vigentes con Personas Naturales, Jurídicas ó Sector Financiero				
Nombre de la Entidad o Persona	Tipo de deuda	Vencimiento AAAA/MM/DD	Saldo Actual	Valor Cuota Mensual
	T.Cr	Obli	Otro	
	T.Cr	Obli	Otro	
	T.Cr	Obli	Otro	
Valor Arrendamiento: (B) si paga algun tipo de arriendo		OTROS EGRESOS (Salud, Alimentación, Vestido, Educación y Otros) (C)		TOTAL EGRESOS MENSUALES (A+B+C):

6.3 OTROS ACTIVOS (Semovientes, Cosechas, Inventarios, Títulos Valores)

Descripción de Otros Activos	Valor Comercial

7. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza Operación en Moneda extranjera SI NO CUALES _____

En caso de realizar transacciones en Moneda Extranjera favor diligenciar los siguientes items:

Nombre de la Moneda en que realiza las transacciones:	Tipo de Operación :	Descripción de las Operaciones en Moneda Extranjera
	1. Importaciones 2. Inversiones 3. Exportaciones 4. Transferencias 5. Prestamos en Mon Extr 6. Pago de Servicios 9. Otros. Cuales:	

posee cuentas en moneda extranjera

Nombre Entidad Internacional	Numero de Cuenta de la Entidad Extr.	Ciudad	País

Declaro que realizo transacciones en moneda extranjera SI NO

8. INFORMACIÓN FAMILIAR

Manifiesto, que es mi voluntad que de acuerdo con lo dispuesto en la ley, en caso de fallecimiento mis aportes, ahorros y el seguro (si lo hubiere) que ampara los mismos, sean entregados a:

Parentesco	Nombres y Apellidos	Número de Documento	Fecha Nacimiento	Nivel de Estudios

9. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo a LA ENTIDAD a realizar las correspondientes consultas y reportes en las diferentes centrales de riesgo y listas restrictivas, dando cumplimiento a lo contemplado en la Ley 1266 de 2008.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

.1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FONEMCHM o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente mía y de las personas mencionadas en la presente actualización. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con FONEMCHM, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignen de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones, FONEMCHM podrá transferir mis datos personales a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de FONEMCHM, a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular. Así mismo, a las Entidades que forman parte del Estado Colombiano y que ejercen vigilancia, control y protección a los Ahorradores (SUPERSOLIDARIA, DIAN, FOGACOOP y quienes lleguen a ser delegadas por el Gobierno Nacional) y a los terceros con quien FONEMCHM establezca alianzas comerciales, a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios que puedan ser de su interés o de interés de los Titulares de la información. autorizo a LA ENTIDAD a dar Tratamiento a mis datos personales, de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013. Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por FONEMCHM. Igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que LA ENTIDAD considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se produzca en los mismos. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a FONEMCHM no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) FONEMCHM me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. .4. certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a FONEMCHM a que la verifique. 5) me comprometo a cumplir los estatutos y Reglamentos de FONEMCHM.

10. ESPACIO RESERVADO PARA FIRMAS

En constancia de haber leído, entendido y aceptado declaro que la información que he suministrado es Exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Firma del Asociado CC	Huella Índice Derecho	Recibido	Fecha _____ Verificó
-----------------------	-----------------------	----------	----------------------------

11. ESPACIO RESERVADO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS

Resultado de la visita o entrevista al asociado

Lugar	Fecha			Hora	Nombre de la persona que realiza la entrevista	Cargo	Persona Expuesta Públicamente PEP		
	Año	Mes	Día				SI	NO	

ACEPTADO RECHAZADO CONCEPTO _____

Nombre del empleado de la ENTIDAD SOLIDARIA que confirma las referencias y datos	Fecha			Hora	Nombre de la persona que suministró la información
	Año	Mes	Día		
Firma quién verifica y valida datos	Firma Aprobación Gerente				