

**FORMATO ACTUALIZACIÓN DE DATOS  
 PARA DAR CUMPLIMIENTO AL SARLAFT**

FR-OC-03

Versión:07

Fecha de Aprobación:

10/10/2023

*La solicitud debe ser diligenciada con letra impresa con tinta negra, sin enmendaduras ni tachaduras*

Fecha Diligenciamiento \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

**I. INFORMACIÓN BÁSICA**

TIPO DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/>	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD _____	DEPARTAMENTO _____	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO MUNICIPIO _____ FECHA DE EXPEDICIÓN _____	
PRIMER APELLIDO _____	SEGUNDO APELLIDO _____	NOMBRE COMPLETO _____		
GENERO M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	FECHA DE NACIMIENTO _____	DEPARTAMENTO / MUNICIPIO DE NACIMIENTO _____	NACIONALIDAD _____	
ESTADO CIVIL Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>		MUJER CABEZA DE FAMILIA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	NUMERO DE HIJOS _____	OCUPACIÓN: Empleado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>
DIRECCIÓN DOMICILIO / BARRIO _____		DEPARTAMENTO _____	MUNICIPIO _____	
TIPO DE VIVIENDA Propia <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>	ESTRATO _____	TELÉFONO RESIDENCIA _____	CELULAR _____	
CORREO ELECTRÓNICO _____		AUTORIZO RECIBIR INFORMACION AL CORREO ELECTRONICO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		

**II. INFORMACIÓN ACADÉMICA**

NIVEL DE ESTUDIOS Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnología <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Especialización <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/>	Título Obtenido: _____
--	---------------------------

**III. INFORMACIÓN LABORAL (SI ES EMPLEADO)**

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA _____	NÚMERO DE NIT DE LA EMPRESA _____	FECHA INGRESO _____	
ACTIVIDAD ECONÓMICA EMPRESA CÓDIGO CIU _____	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA Servicios <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Agropecuaria <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> ¿Cual? _____		
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA _____	DEPARTAMENTO/MUNICIPIO _____	CARGO _____	CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO _____
TELÉFONO EMPRESA _____	EXTENSIÓN _____	CELULAR CORPORATIVO _____	SALARIO MENSUAL ACTUAL \$ _____
TIPO DE EMPRESA Publica <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/>	TIPO DE CONTRATO Indefinido <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Prestación Servicios <input type="radio"/>	¿POSEE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	

**IV. DILIGENCIE SI USTED ES INDEPENDIENTE**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO _____	ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO CÓDIGO CIU _____ DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD _____	
NÚMERO DE NIT _____	CÁMARA DE COMERCIO DE REGISTRO (Si Aplica) _____	FECHA CONSTITUCIÓN (Si Aplica) _____
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO _____	DEPARTAMENTO/MUNICIPIO _____	INGRESOS MENSUALES \$ _____
TELÉFONO ESTABLECIMIENTO _____	CELULAR CORPORATIVO _____	CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO _____

**V. DILIGENCIE SI USTED ES PENSIONADO(A)**

NOMBRE DEL FONDO DE PENSIÓN _____	MOTIVO PENSIÓN Invalidez <input type="radio"/> Vejez <input type="radio"/>	SALARIO \$ _____
--------------------------------------	---	---------------------

**VI. INFORMACIÓN CÓNYUGE**

PRIMER APELLIDO _____	SEGUNDO APELLIDO _____	NOMBRES _____	
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____	EMPRESA DONDE LABORA _____	CARGO _____	CELULAR _____

**VII. INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS PÚBLICOS**

- MANEJA USTED RECURSOS PÚBLICOS?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	- EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
- GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
- EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		

VIII. INFORMACION FINANCIERA														
TOTAL ACTIVOS \$	TOTAL PASIVOS \$	PATRIMONIO \$												
INGRESOS MENSUALES \$	OTROS INGRESOS** \$	EGRESOS MENSUALES \$												
** (INGRESOS NO OPERACIONALES U ORIGINADOS EN ACTIVIDADES DIFERENTES A LA PRINCIPAL)														
IX. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA														
¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	TIPO DE TRANSACCIÓN: Exportación <input type="radio"/> Importaciones <input type="radio"/> Giros Prestamos en m/e <input type="radio"/> Inversiones <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cual?													
¿Posee cuentas en Moneda Extranjera? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: BANCO O ENTIDAD   NÚMERO DE CUENTA   MONEDA   CIUDAD / PAÍS DE LA CUENTA													
X. INFORMACIÓN TRIBUTARIA														
Confirme o actualice su información														
¿Tiene residencia fiscal diferente a Colombia y Estados Unidos?		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>												
¿Está usted sujeto a tributación fiscal en los Estados Unidos, es decir es impactado por la ley FATCA?		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>												
XI. AUTORIZO CANALES DE COMUNICACION SEGUN LEY 2300 DEL 10 DE JULIO 2023														
Como titular de mis datos personales y sensibles, y en cumplimiento de la Ley No. 2300 del 10 de Julio del 2023, que a partir del 10 de octubre del 2023 entró en vigencia, la cual tiene como propósito "proteger el derecho a la intimidad de los consumidores, estableciendo los canales, el horario y la periodicidad en la que estos pueden ser contactados", Autorizó de manera expresa a FONEM PLUS para que envíe las comunicaciones o cualquier tipo de información que considere pertinente, de tipo comercial, de servicios o de información sobre el estado de tramites, transacciones de los productos o servicios con el fondo de empleados, utilizando para tal fin cualquier medio de comunicación que posee FONEM PLUS. Autorizo al fondo de empleados FONEM PLUS o a quien represente sus derechos a realizar la gestión de cobranzas y en general, para ser contactado a través de cualquiera de los siguientes canales:														
1) CORREO ELECTRÓNICO	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	4) CORRESPONDENCIA FÍSICA												
2) LLAMADA TELEFÓNICA	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	5) SMS												
3) WHATSAPP	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	6) CANALES DIGITALES												
De igual modo, a mi (s) codeudor (es) se le contactará en las mismas condiciones que aquí establezco, y por medio de la presente autorización manifiesto que los canales señalados me fueron informados y socializados previamente por parte del Fondo de Empleados, en consecuencia, dejo constancia de haberlos elegido y autorizado en forma voluntaria. Además, autorizo a <b>FONEM PLUS</b> de solicitar datos de contacto registrados en las centrales de riesgo. Por otro lado, permito que <b>FONEM PLUS</b> tenga la libertad de grabar o escuchar mis conversaciones relacionadas con transacciones y cobranzas en cualquier momento, va sea por la institución o terceros en su nombre.														
XII. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINOS DE FONDOS														
<p><b>1 AUTORIZACIONES GENERALES:</b> Autorizo de manera expresa e irrevocable a <b>FONEM PLUS</b>, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de riesgo. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras y comerciales. Por lo tanto conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a las mismas de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, las cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo manifiesto que conozco los reglamentos de dichas bases de datos. En caso que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión de derechos a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a este, en los mismos términos y condiciones. Declaro que conozco, entiendo y acepto el contenido de los documentos incluidos en el anverso en todas y cada una de sus partes. Con esta solicitud de ingreso a <b>FONEM PLUS</b>, declaro conocer los estatutos y reglamentaciones de la entidad a los cuales me acojo y por lo tanto autorizo para que de mis salarios y/o prestaciones sociales se me deduzca cualquier cantidad que adeude al fondo, incluido el aporte periódico mensual, para lo cual doy mi consentimiento previo, en un todo de acuerdo al <b>art. 55 del decreto 1481/89</b>. Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con <b>FONEM PLUS</b> o con quien represente sus derechos. Autorizo a <b>FONEM PLUS</b> para que mis datos personales y los de mi grupo familiar sean utilizados para el desarrollo del objeto social de la entidad y para nuestro beneficio.</p> <p><b>2- DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS:</b> Obrando en propio nombre, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de Origen de Fondos a <b>FONEM PLUS</b> con el propósito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en el Estatuto del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 y las demás normas concordantes, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con <b>FONEM PLUS</b>.</p> <p>2.1. Los recursos que permitan realizar transacciones comerciales con <b>FONEM PLUS</b> tienen origen o provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.).</p> <p>2.2. En caso de requerimiento por parte de <b>FONEM PLUS</b> o de algún organismo de investigación, vigilancia y control del estado, estoy dispuesto a suministrar los soportes requeridos que evidencian el origen o destino de los recursos.</p> <p>2.3. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.</p> <p>2.4. Declaro que NO he admitido NI admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de las actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y que NO efectúe transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas que no estén relacionadas con las mismas.</p> <p>2.5. Acepto que <b>FONEM PLUS</b> se reserve el derecho de verificar la veracidad de la información aquí consignada y el del trámite o aceptación de cualquier transacción por mi (nosotros) planteada. Si llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he (hemos) suministrado, <b>FONEM PLUS</b> no estará obligada a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negociación. Igualmente me (nos) comprometo (emos) a actualizar cualquier tipo de modificación a la información registrada en el presente formato.</p> <p>2.6 Eximo a <b>FONEM PLUS</b> de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere suministrado en este documento o de la violación del mismo. Nota: en caso de requerir mayor detalle favor diligenciar declaración independiente.</p> <p>Estoy informado de mi obligación de actualizar mi información en los plazos que solicite <b>FONEM PLUS</b> por cada producto o servicio que utilice, sin que esta me exonere que dicha actualización sea por lo menos una vez al año.</p> <p>En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior, firmo (amos) el presente formato.</p>														
NOMBRE	FIRMA	HUELLA INDICE DERECHO												
No DOCUMENTO														
PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD														
<b>CONSULTA EN LISTAS CLASIFICADAS</b>	<b>VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>REVISIÓN DOCUMENTACIÓN</b>												
USUARIO CONSULTÓ	CERTIFICO QUE HE REALIZADO LA VERIFICACION DE LA INFORMACIÓN Y QUE EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE:	CERTIFICO QUE HE REVISADO LA DOCUMENTACIÓN Y QUE EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE:												
FECHA CONSULTA	FECHA VERIFICACIÓN	FECHA REVISIÓN												
¿FIGURA? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> LISTA:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">D</td><td style="width:10%;">D</td><td style="width:10%;">M</td><td style="width:10%;">M</td><td style="width:10%;">A</td><td style="width:10%;">A</td> </tr> </table>	D	D	M	M	A	A	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">D</td><td style="width:10%;">D</td><td style="width:10%;">M</td><td style="width:10%;">M</td><td style="width:10%;">A</td><td style="width:10%;">A</td> </tr> </table>	D	D	M	M	A	A
D	D	M	M	A	A									
D	D	M	M	A	A									
	CORRECTO <input type="radio"/> INCORRECTO <input type="radio"/>	COMPLETO <input type="radio"/> INCOMPLETO <input type="radio"/>												
OBSERVACIONES	OBSERVACIONES	OBSERVACIONES												
FIRMA FUNCIONARIO QUE EFECTUÓ CONSULTAS LISTAS	FIRMA FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ INFORMACIÓN:	FIRMA FUNCIONARIO QUE REVISÓ DOCUMENTACIÓN:												
INFORMACION ENTREVISTA Y/O VISITA														
NOMBRE DE QUIÉN REALIZÓ LA VISITA O ENTREVISTA:	CARGO	FECHA												
LUGAR ENTREVISTA:	FIRMA:	OBSERVACIONES:												