



ACTUALIZACION DE DATOS

CÓDIGO: R-GS-02
VERSIÓN:02
PAGINA: 1 DE 2

| | | |
|---|--------|-----------------|
| Fecha de diligenciamiento DD MM AAAA | Ciudad | Código Asociado |
|---|--------|-----------------|

I. INFORMACION PERSONAL

| | | |
|---|--|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre(s) |
| Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> | Número de identificación |
| Lugar de Nacimiento | Fecha de Nacimiento DD MM AAAA | Lugar de Expedición |
| Estado Civil | Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> | Fecha de Expedición DD MM AAAA |
| Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> |
| Dirección Residencia | Ciudad | Barrio |
| Correo electrónico principal | Correo electrónico alterno | |

II. INFORMACIÓN DE SU NUCLEO FAMILIAR

| Parentesco | Nombre | Profesión/ocupación | Edad |
|-----------------------------------|--------|---------------------|------|
| Espos(a) <input type="checkbox"/> | | | |
| Madre <input type="checkbox"/> | | | |
| Padre <input type="checkbox"/> | | | |

| Hijos(as) | Nombre y Apellidos | Edad | Nombre Colegio o Universidad | Grado o Semestre | Título Obtenido |
|-----------|--------------------|------|------------------------------|------------------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

III. INFORMACION ACADÉMICA.

Nivel de Estudios
 Primaria Bachillerato Técnico Tecnológico Universitario Post-grado Otro Cuál? _____
 Título obtenido _____

IV. INFORMACION LABORAL.

| | | |
|----------------------|------------------------------------|------------------------|
| Empresa Donde Labora | Fecha de Ingreso DD / MM / AAAA | Salario Básico Mensual |
| Área | Cargo | |

Marque con una (X) según corresponda:
 ¿Maneja recursos públicos? SI NO ¿reconocimiento público? SI NO ¿reconoce al grado de poder público? SI NO

V. INFORMACION FINANCIERA

| Ingresos Mensuales | | Egresos Mensuales | |
|-------------------------|----------|------------------------------|----------|
| Ingreso Básico Mensual | \$ _____ | Arriendo | \$ _____ |
| Comisiones | \$ _____ | Gastos Familiares/Personales | \$ _____ |
| Honorarios | \$ _____ | Deducción de Nómina | \$ _____ |
| Otros Ingresos | \$ _____ | Obligaciones Financieras | \$ _____ |
| TOTAL INGRESOS | \$ _____ | Otros Egresos | \$ _____ |
| Describe otros ingresos | _____ | TOTAL EGRESOS | \$ _____ |

¿Posee Propiedad Raíz? SI NO

| Tipo de Bien | Ciudad | Dirección | Valor Comercial | Hipoteca SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Hipoteca a Favor de: |
|--------------|--------|-----------|-----------------|--|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Posee Vehículo? SI NO

| Tipo de Vehículo | Modelo | Marca | Valor Comercial | Pignorado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Pignorado a Favor de: |
|------------------|--------|-------|-----------------|---|-----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

VI. REFERENCIAS

| | | | | |
|---------------------|---------------------|------------|----------|-----------|
| Referencia Familiar | Nombres y Apellidos | Parentesco | Teléfono | Dirección |
| Referencia Personal | Nombres y Apellidos | | Teléfono | Dirección |

VII. AUTORIZACIONES DE DESCUENTO

De ser aceptada la presente solicitud del suscrito, autorizo al pagador de _____ o donde llegase a laborar, para que descuente periódicamente los derechos económicos que resulten a mi favor y transfieran a **FOSIN** las sumas correspondientes a los aportes sociales ordinarios o extraordinarios y/o demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vínculo de asociación aquí surgido. De igual forma autorizo para que me sean descontados de las primas, vacaciones, cesantías, indemnizaciones y demás emolumentos que por la relación laboral me lleguen a corresponder.

FIRMA DEL SOLICITANTE

HUELLA

VIII. CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a **FOSIN** para consultar, procesar, reportar, conservar, suministrar, y actualizar cualquier información de carácter financiero y comercial, desde el momento de la solicitud de crédito u otro servicio a cualquiera de las centrales de información debidamente constituida y durante el tiempo que los sistemas de base de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. En caso de incumplimiento a las obligaciones contraídas con **FOSIN** por efectos de la aceptación de la presente solicitud de asociación, autorizo para que sea reportado en forma negativa ante las centrales de información financiera dentro de los 20 días siguientes a la fecha de vencimiento pactado. Autorizo a **FOSIN** 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.

FIRMA DEL SOLICITANTE

HUELLA

IX. DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de Origen de Fondos a **FOSIN** 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 **FOSIN**.

1. Declaro que los recursos que permitan realizar transacciones comerciales con **FOSIN** tienen origen o provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.).

2. 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.

3. 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.

4. Acepto que **FOSIN** se reserve el derecho de verificar la veracidad de la información aquí consignada y el del trámite o aceptación de cualquier transacción por mi planteada; Si llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he suministrado, **FOSIN** no estará obligada a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negativa. Igualmente me comprometo a actualizar cualquier tipo de modificación a la información registrada en el presente formato.

Estoy informado de mi obligación de actualizar mi información en los plazos que solicite **FOSIN** por cada producto o servicio que utilice, sin que esta me exonere que dicha actualización sea por lo menos una vez al año.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior, firmo el presente formato.

FIRMA DEL SOLICITANTE

HUELLA

X. VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN (Uso exclusivo de FOSIN)

Representante Legal

DD/MM/AAAA

Fecha