



ESPACIO SOMBREADO PARA SER DILIGENCIADO POR EL FONDO

FORMATO ÚNICO PARA PAGO DE ACRENCIAS DE ENTIDADES LIQUIDADAS

RADICACIÓN
FOGAFIN

VERIFICACIÓN SUPERVISOR DEL CONTRATO O FUNCIONARIO RESPONSABLE (SEGÚN APLIQUE)

FECHA (dd-mm-aaaa)

Vo. Bo.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS (CONTABILIDAD Y CARTERA)

FECHA (dd-mm-aaaa)

Vo. Bo.

DECLARACIÓN RECIBO DE PAGO DE:

COMPROBANTE DE PAGO PARA ARCHIVO DEL FONDO

Nombre/Razón social _____

Identificación: Otro ¿cuál?: _____ No.: _____ D.V. _____
CC.C.E.NIT.

Actuando en Calidad de: Titular Apoderado Representante Legal Heredero

Nombre Representante legal _____ Dirección _____

Correo electrónico _____ País _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Gran contribuyente: SI NO Responsable de IVA: SI NO

Actividad económica - Principal: Cod. Renta (RUT): _____ CIU-A.C.: _____

Actividad económica - Secundaria: Cod. Renta (RUT): _____ CIU-A.C.: _____

MEDIO DE PAGO

Abono en cuenta* Tipo cuenta: Ahorros Corriente

Pago en cheque

No. Cuenta _____ Entidad financiera _____

Cheque No: _____

Titular de la cuenta _____

Sucursal _____

Valor Por Pagar \$ _____

Fecha de Entrega del Documento:
DD MM AA

Fecha de Pago:
DD MM AA

*1. No podrá ser conjunta, el beneficiario de los pagos deberá ser el único titular.

*2. Debe estar identificada en la entidad bancaria, con el mismo número y tipo del documento de identificación del beneficiario de los pagos.

El Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN, en cumplimiento de lo definido en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y la Política de Protección de Datos Personales de la entidad, le informa que los datos personales que usted suministre en virtud de la presente solicitud serán utilizados para el trámite respectivo, para fines de calidad (encuesta de satisfacción) y para la divulgación de información de esta entidad. Leído lo anterior autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a FOGAFÍN, para el tratamiento los datos personales suministrados, para los fines antes citados, de conformidad con la Política de tratamiento de Datos Personales de FOGAFÍN, que se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://www.fogafin.gov.co/docs/default-source/Generales/politica-de-tratamientos-de-datos-personales-fogafin.pdf>

Así mismo, declaro que soy titular de la información reportada en este formulario para autorizar el tratamiento de mis datos personales, que la he suministrado de forma voluntaria y es completa, confiable, veraz, exacta y verídica.

Autorizo: SI NO

FIRMA DEL SOLICITANTE



INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO PARA PAGO DE ACRENCIAS DE ENTIDADES LIQUIDADAS

Este Formato debe ir anexo a los demás soportes solicitados para efectuar el pago. A continuación, se indica cómo se debe diligenciar cada campo:

1. Diligencie el nombre de la persona que solicita el pago.
Para **personas jurídicas** se debe diligenciar su razón social.
2. Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identidad, en caso de que ninguno aplique por favor indique cuál es su tipo y a continuación diligencie el número de identificación.
Para **personas jurídicas** se debe diligenciar el dígito de verificación (D.V.).
3. Marque con una X una de las casillas, teniendo en cuenta la siguiente información:
 - 3.1 **Titular:** Persona natural registrada en la base de consulta como acreedor.
 - 3.2 **Apoderado:** persona natural que cuenta con una autorización explícita por parte del acreedor, para reclamar el saldo a su favor.
 - 3.3 **Representante legal:** persona natural que representa legalmente a la persona jurídica que está registrada en la base de consulta como acreedor.
 - 3.4 **Herederero:** el heredero debe contar con un poder o autorización para reclamar los saldos a favor de un acreedor fallecido.
4. Para **personas jurídicas** debe diligenciar el nombre del representante legal.
5. Dirección del solicitante del pago.
6. Correo electrónico de contacto del solicitante del pago.
7. País y ciudad de residencia del solicitante del pago.
8. Teléfono de contacto del solicitante del pago.
9. Indique si es gran contribuyente.
10. Indique si es responsable de IVA.
11. Indique el código de renta (RUT) de su actividad económica principal. A continuación, indique el código CIIU-A.C. de su actividad económica principal.
12. Indique el código de renta (RUT) de su actividad económica secundaria (si la tiene). A continuación, indique el código CIIU-A.C. de su actividad económica secundaria (si la tiene).
13. Marque con una X la forma en que prefiere se realice el pago:

ESPACIO SOMBREADO PARA SER DILIGENCIADO POR EL FONDO

- 13.1** Para transferencia bancaria seleccione Abono en cuenta y diligencie el tipo de cuenta, el número de la cuenta, el nombre de la entidad financiera y el nombre del titular de la cuenta a la cual se van a transferir los recursos (estos datos deben coincidir con los suministrados en la certificación bancaria).
- 13.2** Para pago en efectivo seleccione Pago en cheque y deje en blanco el espacio sombreado.
- 14.** Registre el valor que consultó previamente en la página web de Fogafin (si no lo ha consultado, por favor siga las instrucciones del siguiente enlace: <https://www.fogafin.gov.co/atencion-al-ciudadano/pagos-de-acreencias>).
- 15.** Diligencie la fecha en la que remite los documentos y soportes al Fondo.
- 16.** Marque con una X el cuadro SI, para autorizar el tratamiento de los datos consignados según el formulario.
- 17.** Firma del solicitante de pago.

ESPACIO SOMBREADO PARA SER DILIGENCIADO POR EL FONDO

FORMATO ÚNICO PARA PAGO DE ACREENCIAS DE ENTIDADES LIQUIDADAS

RADICACIÓN
FOGAFIN

VERIFICACIÓN SUPERVISOR DEL CONTRATO O FUNCIONARIO RESPONSABLE (SEGÚN APLIQUE)

FECHA (dd-mm-aaaa) _____ Vo. Bo. _____
ACTUALIZACIÓN DE DATOS (CONTABILIDAD Y CARTERA)

FECHA (dd-mm-aaaa) _____ Vo. Bo. _____

DECLARACIÓN RECIBO DE PAGO DE: _____

COMPROBANTE DE PAGO PARA ARCHIVO DEL FONDO

Nombre/Razón social _____ 1.	
Identificación: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro ¿cuál?: _____ No.: _____ D.V. _____ 2.	
CC.C.E.NIT.	
Actuando en Calidad de: Titular <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Heredero <input type="checkbox"/> 3.	
4. Nombre Representante legal _____ 5. Dirección _____	
6. Correo electrónico _____ 7. País _____ Ciudad _____ 8. Teléfono _____	
9. Gran contribuyente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Responsable de IVA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 10.	
11. Actividad económica - Principal: Cod. Renta (RUT): _____ CIU-A.C.: _____	
12. Actividad económica - Secundaria: Cod. Renta (RUT): _____ CIU-A.C.: _____	
MEDIO DE PAGO	
13. Abono en cuenta* <input type="checkbox"/> Tipo cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> No. Cuenta _____ Entidad financiera _____ Titular de la cuenta _____ Sucursal _____	14. Pago en cheque <input type="checkbox"/> Cheque No: _____
15. Valor Por Pagar \$ _____	
16. Fecha de Entrega del Documento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD MM AA	Fecha de Pago: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD MM AA
<p>*1. No podrá ser conjunta, el beneficiario de los pagos deberá ser el único titular. *2. Debe estar identificada en la entidad bancaria, con el mismo número y tipo del documento de identificación del beneficiario de los pagos.</p> <p>El Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN, en cumplimiento de lo definido en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y la Política de Protección de Datos Personales de la entidad, le informa que los datos personales que usted suministre en virtud de la presente solicitud serán utilizados para el trámite respectivo, para fines de calidad (encuesta de satisfacción) y para la divulgación de información de esta entidad. Leído lo anterior autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a FOGAFÍN, para el tratamiento los datos personales suministrados, para los fines antes citados, de conformidad con la Política de tratamiento de Datos Personales de FOGAFÍN, que se encuentra disponible en el siguiente enlace: https://www.fogafin.gov.co/docs/default-source/Generales/politica-de-tratamientos-de-datos-personales-fogafin.pdf</p> <p>Así mismo, declaro que soy titular de la información reportada en este formulario para autorizar el tratamiento de mis datos personales, que la he suministrado de forma voluntaria y es completa, confiable, veraz, exacta y verídica.</p>	
17. Autorizo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	18.
FIRMA DEL SOLICITANTE	

