

FORMATO ÚNICO PARA PAGO DE ACRENCIAS ENTIDADES LIQUIDADAS

**RADICACIÓN
FOGAFIN**

DECLARACIÓN RECIBO DE PAGO DE: _____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADO POR EL DECLARANTE

COMPROBANTE DE PAGO PARA ARCHIVO DEL FONDO

Nombre: _____ Identificación No: _____
CC. T.I. NIT.

Actuando en Calidad de: Titular Apoderado Representante Legal Heredero

Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Medio de pago

Abono en cuenta <input type="checkbox"/> Tipo cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> No. Cuenta _____ Banco _____	Pago en cheque <input type="checkbox"/> Cheque No: _____
--	---

Valor a Pagar \$ _____

Fecha de Entrega del Documento:
DD MM AA

Fecha de Pago:
DD MM AA

El Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN, en cumplimiento de lo definido en la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, 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 de su solicitud, 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 FOGAFIN, 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 link: https://www.fogafin.gov.co/Apps/new_sitefinity_es/modules/terminos/Privacidad_y_condiciones_de_uso.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 en señal de conformidad de recibido del documento

ESPACIO SOMBREADO PARA SER DILIGENCIADO POR EL FONDO

FORMATO ÚNICO PARA PAGO DE ACRENCIAS ENTIDADES LIQUIDADAS

**RADICACIÓN
FOGAFIN**

1. DECLARACIÓN RECIBO DE PAGO DE:

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADO POR EL DECLARANTE

COMPROBANTE DE PAGO PARA ARCHIVO DEL FONDO

Nombre: **2.** _____ Identificación No: **3.**
CC. T.I. NIT.

4. Actuando en Calidad de: Titular Apoderado Representante Legal Heredero

5. Dirección _____ Ciudad **6.** _____ Teléfono **7.** _____

Medio de pago

8. Abono en cuenta Pago en cheque
Tipo cuenta: Ahorros Corriente
Cheque No: _____
No. Cuenta _____ Banco _____

9. Valor a Pagar \$ _____

10. Fecha de Entrega del Documento: Fecha de Pago:
DD MM AA DD MM AA

El Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN, en cumplimiento de lo definido en la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, 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 de su solicitud, 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 FOGAFIN, 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 link: https://www.fogafin.gov.co/Apps/new_sitefinity_es/modules/terminos/Privacidad_y_condiciones_de_uso.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.

11. Autorizo: SI NO

12. _____
Firma en señal de conformidad de recibido del documento



ESPACIO SOMBREADO PARA SER DILIGENCIADO POR EL FONDO

FORMATO ÚNICO PARA PAGO DE ACREENCIAS

Este Formato debe ir anexo a los demás soportes solicitados para efectuar el pago.

1. Esta información es diligenciada por el funcionario de Fogafín que recibe los documentos.
2. Diligenciar el nombre de la persona que solicita el pago.
Para **personas Jurídicas** se debe diligenciar con el nombre del representante legal.
3. Marque con una x la casilla correspondiente al tipo de documento de identidad, y sobre la línea diligenciar el número de identificación.
Para **personas jurídicas** se debe diligenciar el número de identificación del representante legal.
4. Marque con una x una de las casillas, teniendo en cuenta la siguiente información:
 - 4.1 **Titular:** Persona natural que registra en la base de consulta como acreedor.
 - 4.2 **Apoderado:** persona natural que cuenta con una autorización explícita por parte del acreedor, para reclamar el saldo a su favor.
 - 4.3 **Representante legal:** persona natural que representa legalmente a la persona jurídica que registra en la base de consulta como acreedor.
 - 4.4 **Herederero:** el heredero debe contar con un poder o autorización para reclamar los saldos a favor de un acreedor fallecido.
5. Dirección del solicitante del pago
6. Ciudad de residencia del solicitante del pago.
7. Teléfono de contacto del del solicitante del pago.
8. Marque con una X la forma en como se va a efectuar el pago:
 - 8.1 Para **transferencia bancaria** seleccione Abono en Cuenta y diligencie el tipo de cuenta, el número de la cuenta y el nombre de la entidad financiera a la cual se va a transferir los recursos (estos datos deben coincidir con los suministrados en el formato de terceros y en la certificación bancaria).
 - 8.2 Para **pago en efectivo** seleccione Pago en Cheque y deje en blanco el espacio sombreado.
9. Registre el valor que consultó previamente en la página web de Fogafín (si no lo ha consultado, por favor dirijase al siguiente enlace, seleccione la entidad en la que fue cliente y siga las instrucciones <https://www.fogafin.gov.co/atencion-al-ciudadano/pagos-de-acreencias>).

10. Diligencie la fecha en la que va a remitir los documentos y soportes al Fondo.
11. Marque con una X el cuadro de Si, para autorizar el uso de los datos consignados en el formulario.
12. Firma del solicitante de pago.
Para **personas Jurídicas** debe firmar el representante legal.