

FORMATO INSCRIPCIÓN DE TERCEROS

TIPO DE TRÁMITE* <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> ACTUALIZACION DE DATOS FECHA (dd-mm-aaaa)* _____	INFORMACION DESTINADA PARA* <input type="checkbox"/> PAGO EN CHEQUE <input type="checkbox"/> PAGO POR CAJA MENOR <input type="checkbox"/> PAGO POR TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO <input type="checkbox"/> PAGO ÚNICO
--	---

FUNCIONARIO DE FOGAFIN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARGO _____	DEPARTAMENTO _____
--	-------------	--------------------

TIPO DE DOCUMENTO* <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO	NÚMERO* _____	D.V.* _____	CÓDIGO CONTADURIA _____
--	---------------	-------------	-------------------------

RAZON SOCIAL / NOMBRES Y APELLIDOS* _____	SIGLA _____
---	-------------

REPRESENTANTE LEGAL _____	PÁGINA WEB _____
---------------------------	------------------

DIRECCIÓN* _____	CIUDAD* _____
------------------	---------------

CORREO ELECTRÓNICO* _____	TELÉFONOS* _____
---------------------------	------------------

CONTACTOS _____	FAX _____
-----------------	-----------

Gran Contribuyente *** <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Responsable de IVA *** <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Régimen Simple *** <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sujeto a Retelva *** <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sujeto a Retelca*** <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de beneficios tributarios especiales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Autoretenedor ReteFuente *** <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Por concepto de: _____ Por concepto de: _____ Disposición Legal _____ Tipo de Beneficio Tributario _____	Entidad gremial *** <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Entidad pública *** <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Entidad sin ánimo de lucro *** <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---	--

ACTIVIDAD ECONOMICA COD. RENTA (RUT) _____ CIU-A.C. _____ Principal *** _____ Secundaria *** _____	INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR FOGAFIN VERIFICACIÓN SUPERVISOR DEL CONTRATO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA O FUNCIONARIO RESPONSABLE (SEGÚN APLIQUE) FECHA (dd-mm-aaaa) _____ VISTO BUENO _____
--	---

ACTUALIZACIÓN DE DATOS (CONTABILIDAD Y CARTERA) FECHA (dd-mm-aaaa) _____ VISTO BUENO _____

INFORMACIÓN DE CUENTAS BANCARIAS Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PAGOS POR TRANSFERENCIAS

	CUENTA 1 <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS	CUENTA 2 <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS
Titular de la cuenta	_____	_____
Entidad Financiera	_____	_____
Número de la cuenta	_____	_____
Sucursal	_____	_____

La cuenta bancaria:
 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.

DE IGUAL MANERA, NOS COMPROMETEMOS A REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN DE ESTOS DATOS CADA VEZ QUE SUFRAN ALGUNA MODIFICACIÓN, O POR LO MENOS, UNA VEZ AL AÑO. EN TAL SENTIDO, EXONERAMOS A FOGAFIN POR CUALQUIER ERROR EN LA REALIZACIÓN DE PAGOS HACIA LAS CUENTAS AQUÍ RELACIONADAS, CUANDO EL MISMO TENGA ORIGEN EN NUESTRO INCUMPLIMIENTO A ESTE COMPROMISO DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

NOMBRE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL ** _____	FIRMA _____
---	-------------

* Información mínima requerida a diligenciar
 ** Para personas jurídicas debe firmar el Representante Legal y adjuntar certificado de Representación Legal expedido con una antelación no mayor a 30 días.
 *** Información requerida para proveedores y contratistas

PROTECCIÓN DE DATOS. AUTORIZACIÓN LEY 1581 DE 2012.
 Mediante el registro o ingreso de sus datos personales en el presente formulario, usted autoriza al Fondo de Garantía de Instituciones Financieras para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de inscripción de terceros, relacionados con nuestras funciones, servicios, publicaciones y la evaluación de la calidad de los servicios prestados por el Fondo. Como Titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. Usted podrá realizar su solicitud mediante correo electrónico a la siguiente dirección: Fogafin@Fogafin.gov.co indicando en el asunto: **PROTECCIÓN DATOS PERSONALES**. Lo invitamos a consultar la política de protección de datos personales del Fondo en la página Web de Fogafin www.fogafin.gov.co



FORMATO INSCRIPCIÓN DE TERCEROS

1.	TIPO DE TRÁMITE <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN DE DATOS	FECHA (dd-mm-aaaa)*	INFORMACIÓN DESTINADA PARA*	<input type="checkbox"/> PAGO EN CHEQUE <input type="checkbox"/> PAGO POR CAJA MENOR	2.
			<input type="checkbox"/> PAGO POR TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO	<input type="checkbox"/> PAGO ÚNICO	

3.	FUNCIONARIO DE FOGAFIN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARGO	DEPARTAMENTO
----	--	-------	--------------

4.	TIPO DE DOCUMENTO* <input type="checkbox"/> NUL <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO	NÚMERO*	D.V.*	CÓDIGO CONTADURIA
----	---	---------	-------	-------------------

5.	RAZÓN SOCIAL / NOMBRES Y APELLIDOS *	SIGLA
----	--------------------------------------	-------

6.	REPRESENTANTE LEGAL	PÁGINA WEB
----	---------------------	------------

6.	DIRECCIÓN *	CIUDAD *
----	-------------	----------

6.	CORREO ELECTRÓNICO*	TELÉFONOS*
----	---------------------	------------

6.	CONTACTOS	FAX
----	-----------	-----

Gran Contribuyente ***	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Autoretenedor ReteFuente ***	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Responsable de IVA ***	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Por concepto de:	
Régimen Simple ***	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Por concepto de:	
Sujeto a Reteiva ***	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Disposición Legal	
Sujeto a Reteica ***	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tipo de Beneficio Tributario	
Goza de beneficios tributarios especiales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
ACTIVIDAD ECONOMICA	COD. RENTA (RUT)	CIU-A.C.	
Principal ***			
Secundaria ***			

Entidad gremial ***	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Entidad pública ***	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Entidad sin ánimo de lucro ***	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR FOGAFIN

VERIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA O FUNCIONARIO RESPONSABLE (SEGUN APLIQUE)	
FECHA (dd-mm-aaaa)	VISTO BUENO
ACTUALIZACIÓN DE DATOS (CONTABILIDAD Y CARTERA)	
FECHA (dd-mm-aaaa)	VISTO BUENO

INFORMACIÓN DE CUENTAS BANCARIAS Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PAGOS POR TRANSFERENCIAS

8.		CUENTA 1 <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS	CUENTA 2 <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS
	Titular de la cuenta		
	Entidad Financiera		
	Número de la cuenta		

La cuenta bancaria:

- No podrá ser conjunta, el beneficiario de los pagos deberá ser el único titular.
- Debe estar identificada en la entidad bancaria, con el mismo número y tipo del documento de identificación del beneficiario de los pagos.

DE IGUAL MANERA, NOS COMPROMETEMOS A REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN DE ESTOS DATOS CADA VEZ QUE SUFRAN ALGUNA MODIFICACIÓN, O POR LO MENOS, UNA VEZ AL AÑO. EN TAL SENTIDO, EXONERAMOS A FOGAFIN POR CUALQUIER ERROR EN LA REALIZACIÓN DE PAGOS HACIA LAS CUENTAS AQUÍ RELACIONADAS, CUANDO EL MISMO TENGA ORIGEN EN NUESTRO INCUMPLIMIENTO A ESTE COMPROMISO DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

9.	NOMBRE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL **	FIRMA
----	---	-------

* Información mínima requerida a diligenciar
 ** Para personas jurídicas debe firmar el Representante Legal y adjuntar certificado de Representación Legal expedido con una antelación no mayor a 30 días.
 *** Información requerida para proveedores y contratistas

PROTECCIÓN DE DATOS. AUTORIZACIÓN LEY 1551 DE 2012
 Mediante el registro o ingreso de sus datos personales en el presente formulario, usted autoriza al Fondo de Garantía de Instituciones Financieras para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de inscripción de terceros, relacionados con nuestras funciones, servicios, publicaciones y la evaluación de la calidad de los servicios prestados por el Fondo. Como Titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. Usted podrá realizar su solicitud mediante correo electrónico a la siguiente dirección: Fogafin@Fogafin.gov.co indicando en el asunto: PROTECCIÓN DATOS PERSONALES. Lo invitamos a consultar la política de protección de datos personales del Fondo en la página Web de Fogafin www.fogafin.gov.co

FORMATO INSCRIPCIÓN DE TERCEROS

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

1. En el tipo de Trámite seleccione la casilla “**INICIAL**” y registre la fecha en la casilla señalada (instrucción únicamente aplicable a los acreedores que solicitan un pago, para los demás casos diligencie este espacio según corresponda)
2. En la sección de “información destinada para*”, marque con una x el medio de pago por el cual desea recibir los recursos a su favor.
3. En esta sección únicamente marque el cuadro con la palabra “**NO**” (instrucción únicamente aplicable a los acreedores que solicitan un pago, para los demás casos diligencie este espacio según corresponda)

A partir de este numeral, la información suministrada debe corresponder a la de la persona que va a recibir el pago (ya sea a través de transferencia, cheque o caja menor).

En caso de que usted sea un acreedor, pero no disponga de una cuenta bancaria, puede solicitar que le paguen sus recursos a la cuenta de un tercero. Para esto, deberá anexar dentro de los documentos una carta autorizando el procedimiento, junto con su firma autenticada ante notario público, además debe diligenciar este formato con los datos personales del tercero dueño de la cuenta bancaria a la cual se transferirán los recursos.

4. En tipo de documento marque con una X la casilla que corresponda y escriba el número de identificación. En caso de solicitar el pago en representación de una persona jurídica por favor diligenciar la información con el NIT y dígito de verificación.

En caso de pago por transferencia, el número de identificación registrado en este campo debe coincidir con el número de identificación del titular de la cuenta bancaria.

5. Los nombres y apellidos o la razón social deben coincidir con el número de identificación proporcionado en el numeral 4.
6. Registre la dirección de domicilio y de correo electrónico a la cual puede ser contactado en caso de ser necesario.
7. Registre la ciudad en la que se encuentra y un número de teléfono (celular o fijo) al cual puede ser contactado en caso de ser necesario.
8. Diligencie el siguiente campo con la información correspondiente a la **Certificación Bancaria** requerida en el instructivo para pago de acreencias.
 - Marque con una X el tipo de cuenta a la cual solicita se haga la transferencia (Corriente o Ahorros).
 - El nombre del “**Titular de la cuanta**” debe coincidir con el nombre que puso en la sección número 5.