



FORMATO DE ACTUALIZACION

FONDO DE EMPLEADOS CARACOL TELEVISION

FORMATO N°
ACTUALIZACION DATOS

Fecha de Diligenciamiento		
Año	Mes	Día

Ciudad	Empresa
Dependencia	

1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre							
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Ciudad de Expedición		Fecha de Expedición		Fecha de Nacimiento					
C.C.	C.E.				Año	Mes	Día	Año	Mes	Día			
NIT	T.I.												
Nacionalidad		Ciudad de Nacimiento		Departamento		Sexo		Número de Hijos		Número de Personas a Cargo			
						Masculino		Mujer Cabeza de Familia		Menores de 18 años			
						Femenino		SI NO		Mayores de 18 años			
Estrato Socioeconómico				N° Cuenta bancaria				Banco				tipo de cuenta	
1	3	5										ahorros	
2	4	6										corriente	
Correo electrónico Personal						Estado Civil				Salario			
						Soltero							
						Viudo(a)							
						Union Libre							
						Casado (a)							
						Divorciado (a)							
Nivel Educativo		Primaria		Tecnico		Univ		Ninguno		Titulo obtenido			
		Secundaria		Tecnologo		Posgrado		Otro, Cual:					

2. DATOS DE UBICACIÓN

Dirección de Residencia		Barrio		Municipio		Departamento		Correo Electrónico laboral			
Telefono Fijo casa		ZONA		Tipo de Vivienda		ZONA UBICACIÓN		Número de Celular			
		SUR NORTE		Propia Familiar Arrendada		RURAL URBANO					

3 INFORMACION LABORAL

Nombre/ Razón Social				Dirección				Municipio		Departamento	
Tipo de Contrato				Fecha de Vinculación				Dependencia		Cargo que desempeña	
Indefinido				Año Mes Día							
Termino Fijo											
Honorarios											
Prest. Servicios											
Correo Electrónico laboral				Teléfono		Extension		SALARIO			

3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA (Marque una única casilla de actividad principal)

Ocupación Actual				Si es pensionado, escriba el nombre de la empresa				Si es persona independiente o comerciante adicional			
Empleado								Número de empleados			
Pensionado								Describa brevemente la actividad			
pasante											
Declarar renta											
SI NO											

4. DECLARACION DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE (PEPS)

Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos (24) meses cargos o actividades en las cuales:

- a). ¿Tiene o goza de reconocimiento público? SI NO CUAL?
- b) ¿Maneja recursos públicos o que tengas poder de disposición de estos? SI NO CUAL?
- c). ¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto en el decreto 1674 de 2016? SI NO CUAL?
- d). ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? SI NO CUAL?

5. DATOS DEL CÓNYUGE / COMPAÑERO (A) PERMANENTE

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre					
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Ciudad de Expedición		Fecha de Expedición		Fecha de Nacimiento			
C.C.	C.E.				Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	
NIT	T.I.										
Ocupación Actual				Nombre de la Empresa donde trabaja							
Empleado											
Pensionado											
Hogar											
Independiente											
Estudiante											
Cesante											
				Cargo							
				Tipo de contrato				Fijo Indefinido Prestación de Servicios			

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

6.1 Ingresos Mensuales

Ingreso por Sueldo		Ingreso por Pension		Otros Ingresos Mensuales			
				\$ _____ Proviene de: _____			
				De: _____			

Procedencia de los Fondos que Maneja:				Valor de los Activos		Valor de los Pasivos	
Mis Ingresos Proviene de:							

6.2 Egresos Mensuales

Compromisos Vigentes con Personas Naturales, Jurídicas ó Sector Financiero							
Nombre de la Entidad o Persona		Tipo de deuda		Vencimiento AAAA/MM/DD		Valor Cuota Mensual	
		T.Cr					
		Obli		Otro			
		T.Cr		Obli			

T.Cr	Obli	Otro	
Valor Arrendamiento: (B) si paga algun tipo de arriendo	OTROS EGRESOS (Salud, Alimentación, Vestido, Educación y Otros) (C)		TOTAL EGRESOS MENSUALES (A+B+C):
6.3 OTROS ACTIVOS (Semovientes, Cosechas, Inventarios, Titulos Valores)			
Descripción de Otros Activos			Valor Comercial
7. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA			
Realiza Operación en Moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUALES _____			
En caso de realizar transacciones en Moneda Extranjera favor diligenciar los siguientes items:			
Nombre de la Moneda en que realiza las transacciones:	Tipo de Operación :		Descripción de las Operaciones en Moneda Extranjera
	1. Importaciones	5. Prestamos en Mon Extr	
	2. Inversiones	6. Pago de Servicios	
	3. Exportaciones	9. Otros. Cuales:	
	4. Transferencias		

posee cuentas en moneda extranjera			
Nombre Entidad Internacional	Numero de Cuenta de la Entidad Extr.	Ciudad	País
Declaro que realizo transacciones en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

8. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS Y PERSONAS A CARGO

Manifiesto, que es mi voluntad que de acuerdo con lo dispuesto en la ley, en caso de fallecimiento mis aportes, ahorros y el seguro (si lo hubiere) que ampara los mismos, sean entregados a:

Parentesco	Nombres y Apellidos	Número de Documento	Fecha Nacimiento	Nivel de Estudios	PROCENTAJE

9. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo a LA ENTIDAD a realizar las correspondientes consultas y reportes en las diferentes centrales de riesgo y listas restrictivas, dando cumplimiento a lo contemplado en la Ley 1266 de 2008.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

.1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FODEMCA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente mía y de las personas mencionadas en la presente actualización. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con FODEMCA, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignen de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones, FODEMCA podrá transferir mis datos personales a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de FODEMCA, a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular. Así mismo, a las Entidades que forman parte del Estado Colombiano y que ejercen vigilancia, control y protección a los Ahorradores (SUPERSOLIDARIA, DIAN, FOGACOOP y quienes lleguen a ser delegadas por el Gobierno Nacional) y a los terceros con quien FODEMCA establezca alianzas comerciales, a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios que puedan ser de su interés o de interés de los Titulares de la información. autorizo a LA ENTIDAD a dar Tratamiento a mis datos personales, de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013 . Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por FODEMCA. Igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que LA ENTIDAD considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se produzca en los mismos. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a FODEMCA no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) FODEMCA me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. .4 certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a FODEMCA a que la verifique. 5) me comprometo a cumplir los estatutos y Reglamentos de FODEMCA.

10. ESPACIO RESERVADO PARA FIRMAS

En constancia de haber leído, entendido y aceptado declaro que la información que he suministrado es Exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Firma del Asociado CC	Huella Índice Derecho	Recibido	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Fecha</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Fecha	
Fecha					
			Verificó		

11. ESPACIO RESERVADO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS

Resultado de la visita o entrevista al asociado

Lugar	Fecha			Hora	Nombre de la persona que realiza la entrevista	Cargo	Persona Expuesta Públicamente PEP	
	Año	Mes	Día				SI	NO
ACEPTADO	RECHAZADO				CONCEPTO			

Nombre del empleado de la ENTIDAD SOLIDARIA que confirma las referencias y datos	Fecha			Hora	Nombre de la persona que suministró la información
	Año	Mes	Día		
Firma quién verifica y valida datos	Firma Aprobación Gerente				