

**FORMATO PARA LA ACTUALIZACIÓN INFORMACIÓN COLOMBIANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR (CRE)****1. DATOS PERSONALES**

NOMBRES:		PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE DOCUMENTO:		
LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	NIVEL DE ESTUDIOS:
DIRECCIÓN DOMICILIO:			BARRIO:
PAÍS DOMICILIO:	CIUDAD DOMICILIO/POBLADO:	DEPARTAMENTO/ESTADO DOMICILIO:	
CELULAR:	CORREO ELECTRONICO:		
PROFESIÓN U OFICIO ACTUAL:	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA:		
¿ES COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿ESTÁ ACTUALIZANDO SU PAÍS DE RESIDENCIA?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	PAÍS DE RESIDENCIA:	

2. RELACIÓN TRIBUTARIA CON OTROS PAISES

ESTATUS MIGRATORIO DEFINIDO: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿TIENE CIUDADANÍA Y/O RESIDENCIA FISCAL EN EEUU? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA:
¿TIENE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS POR CIUDADANÍA Y/O RESIDENCIA FISCAL EN OTRO(S) PAÍS(ES) DIFERENTE(S) A COLOMBIA Y EEUU? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	País:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA:
	País:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA:
No tengo NIT por condición diplomática <input type="checkbox"/> No tengo NIT por pertenecer a un organismo multilateral con exención de impuestos <input type="checkbox"/>		
Nombre de la entidad(Organismo multilateral):		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES	*OTROS INGRESOS	EGRESOS MENSUALES	TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS
\$	\$	\$	\$	\$
*DETALLE DE OTROS INGRESOS:				

4. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO (Diligencie si usted es empleado)

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELÉFONO(S) FIJO(S):	CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:	NOMBRE DE LA EMPRESA:	

5. AUTORIZACIONES

Autorizo al FNA a enviar mensajes con contenido institucional, informativo y comercial a través de:	Correo Electrónico: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Celular: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Desea que el FNA envíe su(s) recibo(s) de pago, certificado(s) de intereses, reporte anual de costos y carta de oferta de crédito a través de:	Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Físico: <input type="checkbox"/>	
Señale la dirección a la cual debe ser remitida la correspondencia física:	Domicilio <input type="checkbox"/> Sitio de trabajo <input type="checkbox"/>	

Declaro que la información aquí presentada es cierta y autorizo al Fondo Nacional del Ahorro para la verificación de la misma.

Autorizo al Fondo Nacional del Ahorro, con domicilio en la Carrera 65 No. 11 - 83 en Bogotá, dirección electrónica www.fna.gov.co y teléfono 601 3810150, a que realice el tratamiento de mis datos personales para los usos y las finalidades descritas en la Política de Tratamiento de datos del FNA disponible en la página <https://www.fna.gov.co/atencion-ciudadana/condiciones-y-politicas/politica-tratamiento-datos-personales>, y según lo previsto en la Ley 1581 de 2012, la Ley 1266 de 2008, Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes. Manifiesto que he leído y acepto la Política de Tratamiento de Datos del FNA, a través de la cual he sido informado sobre (i) los derechos que me asisten como titular de los datos personales, especialmente a conocer, consultar, actualizar y rectificar la información, (ii) los tratamientos que se realizarán a mis datos, incluida la posible transmisión internacional de datos, y que la finalidad principal de dichos usos es la prestación integral del servicio contratado, (iii) los mecanismos para presentar reclamaciones o peticiones relacionadas con el tratamiento de mis datos, (iv) el carácter facultativo de la respuesta a las preguntas de este formulario que puedan versar sobre datos sensibles (ej. la condición de discapacidad), y entiendo que, al suministrar esos datos concedo mi autorización expresa para su tratamiento.

SÍ AUTORIZO

FIRMA AFILIADO

CIUDAD

FECHA DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa)

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FNA

NOMBRE PERSONA QUE REGISTRA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA:				
CÉDULA PERSONA QUE INGRESA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA:	FECHA DE INGRESO AL SISTEMA	AAAA	MM	DD

GC-CE-FO-010 /V0