

# FORMULARIO DE SOLICITUD

AFILIACION  TRASLADO



**Fondo Nacional de Ahorro**  
CRÉDITO A SUS SUEÑOS

Sector Público  Sector Privado

Nº

## 1. INFORMACION PERSONAL

Fecha de solicitud: Día   Mes   Año     Lugar

Primer Nombre  Segundo Nombre  Primer Apellido  Segundo Apellido

Lugar de Nacimiento  Depto  País  Sexo: F  M

Fecha de Nacimiento Día   Mes   Año     Tipo Doc.: C.C.  C.E.  T.I.  NIT.

Nº Documento.         -  Fecha de Expedición: Día   Mes   Año

Lugar de Expedición  Departamento

Estado Civil: Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Unión Libre  Separado(a)/Divorciado(a)  Nº Personas a cargo

Estudios realizados Primaria  Bachillerato  Tecnología  Universidad  Post-Grado  Profesión

Tipo de Vivienda: Arrendada  Familiar  Propia  Oficio

Dirección Domicilio:

Ciudad:  Depto:  Teléfono:  Celular:

Barrio  E-mail:

Envío Correspondencia: a) Casa  b) Oficina

Nombre Cónyuge:  Actividad Económica  Asalariado(a)  Independiente  Hogar

Tipo: C.C.  C.E.  T.I.  Nit.  Número         -

Estudios realizados Primaria  Bachillerato  Tecnología  Universidad  Post-Grado

Trabaja en:  Teléfono Oficina  Teléfono Casa

## 2. VINCULO LABORAL ACTUAL (SOLO PODRAN AFILIARSE PERSONAS QUE TENGAN VINCULO LABORAL VIGENTE) INFORMACION FINANCIERA

Nombre o Razón Social Empleador:

Nit  C.C.  C.E.           -  Tipo de Contrato: Término Fijo

Fecha Ingreso Día   Mes   Año     Término Indefinido

Dirección sede de trabajo:  E-Mail empresa:

Ciudad:  Depto:  Teléfono:  Fax:

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		TOTAL ACTIVOS
Concepto	Valor	Concepto	Valor	
Salariales <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Vivienda <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Honorarios <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Alimentación <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	TOTAL PASIVOS
Comisiones <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Educación <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Rentas <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Créditos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

## 3. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que la información aquí suministrada es auténtica y veraz. Autorizo irrevocablemente al Fondo Nacional de Ahorro - FNA para verificarla a través de los medios que considere conveniente. Igualmente, me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario, una vez se produzcan cambios en ellos o que el FNA lo requiera. De igual forma autorizo al FNA o a quien represente sus derechos u ostente en futuro la calidad de acreedor a reportar, actualizar, solicitar y divulgar a sus filiales a la Central de Información del Sector Financiero -CIFIN-, o a cualquier otra que administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. La presente autorización comprende no sólo la facultad de reportar, procesar y divulgar sino también la de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier otra entidad.

Declaro que he recibido la información comercial sobre los derechos y deberes que adquiero como Afiliado(a) al FNA y acepto la normatividad de la Entidad.

## 4. DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que el origen de los recursos que entregaré al FONDO NACIONAL DE AHORRO, corresponde a actividades lícitas que relaciono a continuación: CESANTIAS y  y no admitiré que terceros efectúen depósitos a mi cuenta, con dineros provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con la mismas.

## 5. TRASLADO DE OTROS FONDOS SI NO

### NOTAS IMPORTANTES:

- POR CADA FONDO EN EL QUE TENGA DEPOSITADAS CESANTIAS, DEBE DILIGENCIAR UN FORMULARIO.
- POR CADA EMPLEO VIGENTE DEBE DILIGENCIAR UN FORMULARIO

AUTORIZO AL FONDO NACIONAL DE AHORRO PARA REALIZAR EL TRÁMITE DE TRASLADO DE MIS CESANTIAS DEPOSITADAS EN:

Estas Cesantías corresponden a mi trabajo en las siguientes Entidades o Empresas:

Firma Solicitante:

Huella dactilar

Documento Identidad Nº

La calidad de Afiliado Activo Aportante se adquiere solo por aquellos trabajadores con vínculo laboral vigente y cuyas cesantías sean aportadas y reportadas al FNA por su empleador. Acuerdo 950/98

## ESPACIO PARA USO DEL F.N.A.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN VERIFICA INFORMACION	NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO AUTORIZADO AREA COMERCIAL	Tipo Documento Identidad Funcionario Área Comercial							
		C.C.	C.E.	T.I.	NIT				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F.N.A

DDO/DAE 001/05.03

