

1. DATOS PERSONALES

Tipo de documento de identidad C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ Otro: ☐		Número de documento:		Fecha expedición del documento A A A A M M D D	
Nombres		Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento A A A A M M D D		País de nacimiento:		Departamento/estado de nacimiento:	
Ciudad de nacimiento:		País de domicilio:		Departamento/estado de domicilio:	
Dirección de domicilio:		Barrio		¿Usted presenta alguna discapacidad? ☐ SÍ ☐ NO	
Correo electrónico:		Teléfono(s): indicativo país		Código de área ciudad:	
Número fijo:		Número celular:		Descripción de la actividad económica:	
¿Es colombiano residente en el exterior?: ☐ SÍ ☐ NO					

2. RELACIÓN TRIBUTARIA CON OTROS PAISES

Estatus migratorio definido: ☐ SÍ ☐ NO	¿Tiene ciudadanía y/o residencia fiscal en EE. UU.? ☐ SÍ ☐ NO	Número de identificación tributaria:
¿Tiene obligaciones tributarias por ciudadanía y/o residencia fiscal en otro(s) país(es) diferente(s) a Colombia y EE. UU.? ☐ SÍ ☐ NO	País:	Número de identificación tributaria:
	País:	Número de identificación tributaria:
No tengo NIT por condición diplomática ☐		No tengo NIT por pertenecer a un organismo multilateral con exención de impuestos ☐
Nombre de la entidad (organismo multilateral):		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales	Otros ingresos*	Egresos mensuales	Total activos	Total pasivos
\$	\$	\$	\$	\$
*Detalle de otros ingresos:				
Dirección:				
País lugar de trabajo:		Departamento/estado lugar de trabajo:		Ciudad /poblado lugar de trabajo:

4. AUTORIZACIONES

Autorizo a la sociedad a enviar mensajes con contenido institucional, informativo y comercial a través de:	Correo electrónico ☐ SÍ ☐ NO	Celular ☐ SÍ ☐ NO
Autorizo que la sociedad 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 ☐ SÍ ☐ NO	Físico: ☐ SÍ ☐ NO
Señale la dirección a la cual debe ser remitida la correspondencia física:	Domicilio ☐	Sitio de trabajo ☐

Declaro que la información aquí suministrada es auténtica y veraz. Autorizo irrevocablemente al **Fondo Nacional del Ahorro S.A.** en adelante la **Sociedad**, para verificarla a través de los medios que considere convenientes. Igualmente, me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario, por lo menos una vez al año y/o una vez se produzca cambios en ellos o que en la **Sociedad** lo requiera. De igual forma, autorizo a la **Sociedad** o a quien represente sus derechos u ostente en futuro la calidad de acreedor a reportar, actualizar, solicitar, consultar y divulgar a sus filiales a las centrales de información o a cualquier base de datos, toda la información referente a mi comportamiento comercial. La presente autorización comprende no solo la facultad de consultar, reportar, procesar y divulgar sino también la de solicitar, consultar y compartir información sobre mis relaciones comerciales y el origen de mis recursos con cualquier entidad y/o instituciones de acuerdo con la finalidad del tratamiento de datos autorizada. **SÍ AUTORIZO** ☐

Autorizo al **Fondo Nacional del Ahorro S.A.** en adelante la **Sociedad**, con domicilio en la Carrera 65 No. 11 - 83 en Bogotá, dirección electrónica www.fna.gov.co y teléfono **571 381 0150**, a que realice el tratamiento de mis datos personales para los usos y las finalidades descritas en la **Política de Tratamiento de datos de la Sociedad** 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 de la Sociedad**, 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** ☐

Fecha diligenciamiento

A A A A M M D D

Firma afiliado

Ciudad

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A.

Nombre gestor comercial:

Documento de identidad gestor comercial :

Fecha de ingreso al sistema

A A A A M M D D