

1. DATOS PERSONALES

Nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo Documento : C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		No. Documento:			
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:		Estado civil:	
Dirección domicilio:		Barrio:		Nivel de estudios:	
País domicilio:		Ciudad domicilio/Poblado:		Departamento/Estado domicilio:	
Celular:		Correo electrónico:			
Profesión u oficio actual:		Descripción de la actividad económica:			
¿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 EE. UU.? <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 EE. UU.? <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 <input type="checkbox"/>			
Nombre de la entidad:					

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)

Nombre o razón social del empleador		Identificación entidad o empresa: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	
Dirección:		No.	
Teléfono(s) fijo(s):		Departamento de la empresa:	
Celular:		Correo electrónico:	

5. AUTORIZACIONES

Autoriza al FNA a enviar mensajes con contenido institucional, informativo y comercial a través de:	Correo electrónico: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Celular: <input type="checkbox"/> 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 601 381 0150, a que realice el tratamiento de mis datos personales para los usos y las finalidades descritas en la Política de Tratamiento de datos 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

6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL FONDO NACIONAL DEL AHORRO

Nombre persona que registra información en el sistema:

Cédula persona que ingresa información en el sistema:

Fecha de ingreso al sistema

AAAA/MM/DD