

1. ESPACIO EXCLUSIVO FNA

Nombre completo Asesor Comercial y Número de Documento de Identidad Punto de atención:

Puntaje: Pago intereses: SI NO Valor total retiro: \$

2. DECLARACIONES DEL SUScriptor

En mi calidad de suscriptor(a) y titular del contrato de ahorro voluntario contractual No. _____, siendo mi nombre e identificación la señalada en el numeral cuatro (4) de este documento, solicito la terminación del contrato de ahorro y/o desafiación del FNA y/o retiro de depósitos, por la causal indicada en el numeral tres (3), junto con los intereses indicados en el numeral primero (1). Declaro que de conformidad con lo acordado en el contrato de Ahorro Voluntario del FNA, conozco y acepto que el pago o no pago, de rendimientos o intereses sobre las sumas depositadas en mi cuenta depende del puntaje obtenido conforme al cumplimiento dado a las condiciones pactadas en el contrato y cuyos valores me fueron informados y explicados en la casilla uno (1) de este documento. Igualmente declaro que la información aquí suministrada es auténtica y veraz, autorizo al Fondo Nacional del Ahorro (FNA), para verificarla a través de los medios que considere convenientes, de conformidad con lo previsto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013, con el cual se reglamenta el manejo de información personal y base de datos o aquellas normas que las modifiquen o sustituyan. Así mismo, como titular de la información autorizo al FNA a consultar mi comportamiento financiero o reportarlo a las centrales de información financiera. Declaro que conozco mi derecho de acceder, actualizar y rectificar la información que se haya recogido en las bases de datos de la entidad, conforme a lo establecido en la Ley 1266 de 2008. Autorizo al FNA para que esta información sea utilizada exclusivamente en el desarrollo de las funciones asignadas legalmente al FNA en los términos y condiciones que establecen las citadas normas.

Cláusula de responsabilidad:

Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que los recursos que estoy solicitando por medio este formulario, son provenientes de las consignaciones que yo he realizado a mi cuenta de Ahorro Voluntario, y en caso de reclamar recursos que no me corresponden me comprometo a realizar la devolución de estos recursos. Teniendo pleno conocimiento que en caso de no realizar la devolución de los dineros se adelantaran acciones legales, judiciales y administrativas por parte de la entidad con el fin de obtener el reintegro de dichos recursos.

3. INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO CONTRACTUAL

Ciudad	Departamento	Fecha: DD/MM/AAAA
Tipo de pago a tramitar:	AVC <input type="checkbox"/>	AVC con beneficio AFC <input type="checkbox"/>
	Cuentas por pagar <input type="checkbox"/>	
Causal de Retiro:	Decisión unilateral <input type="checkbox"/>	Fallecimiento del titular <input type="checkbox"/>
	Crédito con el FNA <input type="checkbox"/>	
Si la causal de retiro es crédito con el FNA señale:	Hipotecario <input type="checkbox"/>	Educativo <input type="checkbox"/>

4. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA

Tipo Documento Identidad : NIT: C.C: Otro: No. Documento:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Dirección de correspondencia:		Celular/Telefono	Correo Electrónico

5. INFORMACIÓN PARA EL PAGO DIRECTAMENTE AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Ciudad	Departamento	Valor: \$
Pago ventanilla banco convenio: <input type="checkbox"/>	Consignación en cuenta bancaria: <input type="checkbox"/>	
Datos Bancarios: Tipos de Cuenta	Entidad bancaria:	No. Cuenta bancaria:
Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>		

6. INFORMACIÓN PARA PAGO A TERCEROS / APODERADO

Tipo Documento Identidad : NIT: C.C: CE: No. Documento:

Nombre o razón social

Dirección de correspondencia	Celular/Teléfono	Correo Electrónico
Ciudad	Departamento	Valor: \$
Pago ventanilla banco convenio: <input type="checkbox"/>	Consignación en cuenta bancaria: <input type="checkbox"/>	
Datos Bancarios: Tipos de Cuenta	Entidad bancaria:	No. Cuenta Bancaria:
Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>		

7. AUTORIZACIONES DEL SUScriptor

Autorizo al FNA a enviar mensajes de contenido institucional, informativo y comercial a través de:

Correo electrónico Sí No Celular Sí No

Autorizo que el FNA me envíe extractos de cuenta de Ahorro Voluntario Contractual, Cesantías y reporte anual de costo a través de:

Correo electrónico Sí No Físico Sí No

Autorizo al FNA a que mi cuenta de Ahorro Voluntario Contractual con beneficio AFC quede en estado:

Abierto Cerrado

Si mi cuenta de Ahorro Voluntario Contractual recibe BENEFICIO AFC, declaro conocer y aceptar la pérdida del beneficio tributario AFC sobre mi cuenta en caso de NO usar los recursos conforme a lo establecido en las Leyes 488 de 1998 y 633 de 2000 y el Artículo 126,4 E.T. SÍ

Firma del Solicitante: _____

CC CE OTRO No. Documento de identidad:

Impresión dactilar

Huellero negro sin repisar

Código: ACP-FO-012 Versión: 05

Grafa de precorte

Grafa de precorte

8. CONSTANCIA DE RECIBIDO DESOLICITUD DE TERMINACIÓN Y/O RETIRO DEPÓSITOS AHORRO VOLUNTARIO CONTRACTUAL

Nombre completo del solicitante y número de documento de identidad:

Nombre Asesor Comercial responsable de la recepción:	Punto de Atención:	Fecha de solicitud: DD/MM/AAAA
--	--------------------	-----------------------------------

Código: ACP-FO-012 Versión: 05

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA IMPRINTA CLARA Y LEGIBLE EN TINTA NEGRA, SIN TACHONES NI ENMENDADURAS

EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO DE CARACTER FINANCIERO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO