# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad Fecha

**Señores:**

**Fondo Nacional del Ahorro**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía número ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto mi deseo de acogerme a los alivios adoptadas por el Fondo Nacional del Ahorro para los afiliados que en el marco de la emergencia sanitaria por causa del COVID-19 no puedan cumplir con el pago de las cuotas de ahorro pactadas en el contrato de Ahorro Voluntario Contractual, por lo cual doy mi consentimiento expreso e irrevocable al FNA para que valide el cumplimiento de los requisitos establecidos para aplicar a dichas medidas y definir la viabilidad o no de mi solicitud.

Entiendo perfectamente las características del periodo de gracia y, por tanto, tengo claro que, de clasificar para el programa:

1. No se afectará mi puntaje obtenido de AVC durante 9 meses, contados a partir del vencimiento de la primera cuota no pagada. En este plazo estará suspendida la obligación de cancelar mis cuotas.
2. Una vez vencido el plazo, anterior debo reanudar el pago de mis cuotas de AVC en las condiciones inicialmente pactadas. Es decir, **realizar las consignaciones** **en la fecha de corte y por el valor establecido desde el inicio.** A partir de ese momento se reactivará mi contrato y seguiré acumulando puntaje (se verá reflejado al finalizar el ahorro), tomando como base el que tenía al momento de la interrupción de las consignaciones. Sin embargo, puedo reanudar los pagos antes del plazo establecidos en el numeral 1. Una vez reanude los pagos, se entiende interrumpido el período de gracia y debo seguir cumpliendo estrictamente lo establecido en el contrato, de tal manera que ante cualquier incumplimiento del mismo se aplicará lo pactado en él.
3. Las demás condiciones del contrato de Ahorro Voluntario Contractual continuarán siendo las previstas en el Reglamento de Ahorro Voluntario Contractual y en el contrato firmado.

Manifiesto y acepto la suspensión del plazo previsto para el pago de las cuotas y, por ende, la modificación de la fecha de cumplimiento inicialmente prevista en el contrato de AVC. Por lo mismo, remito este formato al correo electrónico [contingenciapagoavc@fna.gov.co](mailto:contingenciapagoavc@fna.gov.co), a más tardar el 7 de julio de 2020, fecha límite de recepción de solicitudes.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta solicitud, haberla comprendido a cabalidad y entendido sus alcances e implicaciones.

Nombres y Apellidos:

Documento de identificación:

Teléfono y número celular:

Correo electrónico:

Dirección:

Ciudad:

País: