

1. ESPACIO EXCLUSIVO FNA

Nombre completo asesor comercial y número de documento de identidad		Punto de atención
Tipo de cuenta:	AVC <input type="checkbox"/>	AVC Para Todos <input type="checkbox"/>
Pago de intereses:	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Puntaje:	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 las señaladas en el numeral cuatro (4) de este documento, solicito la terminación del contrato de ahorro y/o desafiliación del FNA y/o retiro de depósitos, por la causal indicada en el numeral tres (3), el reconocimiento de los intereses se realizará conforme a lo marcado en el numeral primero (1). Declaro que de conformidad con lo acordado en el contrato de Ahorro Voluntario Contractual del FNA, conozco y acepto las condiciones para el reconocimiento de los rendimientos financieros sobre las sumas depositadas en mi cuenta, las cuales me fueron informadas en el momento de la vinculación. Igualmente declaro que la información aquí suministrada es auténtica y veraz; de igual manera 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 regula el manejo de información personal y de bases 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 de este formulario, son provenientes de las consignaciones que yo he realizado a mi cuenta de Ahorro Voluntario Contractual, y en caso de reclamar recursos que no me corresponden me comprometo a realizar la devolución de estos recursos. Teniendo pleno conocimiento de que, en caso de no realizar la devolución de los dineros se adelantarán 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"/>
Causal de retiro:	Decisión unilateral <input type="checkbox"/>	Fallecimiento del titular <input type="checkbox"/>
Si la causal de retiro es crédito con el FNA señale:	Hipotecario o Leasing Habitacional <input type="checkbox"/>	Educativo <input type="checkbox"/>

4. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA

Tipo documento identidad:	NIT: <input type="checkbox"/>	C.C.: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	No. Documento: <input type="checkbox"/>
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
Dirección de correspondencia:	Celular/Telefono	Correo Electrónico		

5. INFORMACIÓN PARA EL PAGO DIRECTAMENTE AL AFILIADO

Ciudad	Departamento	Valor: \$
Pago ventanilla banco convenio:	<input type="checkbox"/>	Consignación en cuenta bancaria:
Datos bancarios: Tipo 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: <input type="checkbox"/>	C.C.: <input type="checkbox"/>	C.E.: <input type="checkbox"/>	No. Documento: <input type="checkbox"/>
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: Tipo 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	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Celular	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Físico	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Autorizo al FNA a que mi cuenta de Ahorro Voluntario Contractual con beneficio AFC quede en estado:	Abierto	<input type="checkbox"/>	Cerrado	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>		

Firma del solicitante: _____
 C.C. C.E. OTRO **No. documento identidad:** _____

Impresión dactilar

Huellero negro sin repisar

Código: GCP-ACV-FO-004 Versión: 2

Grafa de precorte

Grafa de precorte

8. CONSTANCIA DE RECIBIDO DE SOLICITUD 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: GCP-ACV-FO-004 Versión: 2

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

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