



SOLICITUD APERTURA DE AHORRO FONCOMFENALQUITO

Fecha: 15/08/2018

Versión: 002

Página: 1 de 1

FECHA: EMPRESA A LA CUAL PERTENECE: NOMBRE DEL ASOCIADO : N° IDENTIFICACIÓN : DEPENDENCIA: DIRECCIÓN: TELEFONO / CEL: NOMBRE DEL NIÑO AHORRADOR:

CONSTITUCIÓN AHORRO

**AHORRO POR NÓMINA AHORRO POR VENTANILLA VALOR CUOTA:

\$

QUINCENAL MENSUAL FECHA DE INICIO DEL AHORRO

AUTORIZACIÓN DEL AHORRO FONCOMFENALQUITO

**Autorizo al señor pagador de _____ para que descuente quincenal y/o mensual de mi salario (según sea mi caso), el valor descrito anteriormente por concepto de Ahorro Foncomfenalquito y con destino a FONCOMFENALCO, del cual soy asociado (a). El Ahorro Contractual tendrá una permanencia mínima de seis (6) meses, a partir de la fecha establecida por el asociado.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que: el origen de los fondos que manejaré en la cuenta solicitada provienen del giro ordinario de actividades lícitas, y mi ocupación económica no es ni se relaciona con la actividad profesional de compra o venta de divisas. Igualmente declaro que el origen de mis recursos proceden del desarrollo de la (s) siguiente (s) actividad (es) _____. Me obligo a no prestar mi cuenta y a no permitir que terceros efectúen depósitos o transferencias a mi cuenta y a no hacer pagos o transferencias desde mi cuenta a desconocidos. También declaro que la información que suministro es veraz, completa, la he proporcionado sin reticencia y si el Fondo lo solicita me obligo a entregar la información, documentos y explicaciones pertinentes. Cualquier inexactitud al respecto o al verme sindicado o involucrado por cualquier autoridad, en investigaciones relacionadas con el lavado de activos o enriquecimiento ilícito, faculta al Fondo para dar por terminado sin explicaciones el presente contrato.

FIRMA DEL ASOCIADO (A)

APROBACIÓN DEL AHORRO

FIRMA AUTORIZADA
Foncomfenalco_____
FIRMA AUTORIZADA
Oficial de Cumplimiento_____
FIRMA AUTORIZADA
Talento Humano