



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