

**A. INFORMACION BASICA**

Doc. Identidad	Apellidos y nombres	
Clínica	Área	Correo electrónico

**B. INFORMACION AHORRO CDATmas+**

Valor (50% salario mínimo)	Plazo/Meses (Indique el plazo desde los 3 hasta los 12 meses)	
Fecha consignación (dd-mm-aaaa)	Número consignación	Fecha de solicitud (dd-mm-aaaa)

**C. INFORMACION BENEFICIARIOS**

Apellidos y nombres	No. C. C.	Parentesco	Porcentaje

**D. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS**

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos al FONDO DE EMPLEADOS Y PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS DE PROFAMILIA - FEMPRO, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la circular externa No. 004 de 2017 expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria, reglamentos y las demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorros, certificados de depósito a término.

1. Los recursos que entregué en depósito provienen de las siguientes fuentes (Detalle de ocupación, profesión u oficio, actividad, negocio etc):

--

2. - Declaro que el origen de estos bienes y/o fondos no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. - No acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dineros provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Autorizo a saldar las cuentas y depósitos que mantenga en esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que y o hubiese proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.

**E. CONDICIONES Y AUTORIZACION**

<b>Condiciones:</b> Certifico que conozco la reglamentación vigente para esta línea de ahorro y por lo tanto me comprometo a cumplir con todas las obligaciones que se derivan de la misma.	Firma
	No. C. C.

**FAVOR ADJUNTAR COPIA DE LA CONSIGNACION A ESTE FORMATO**