

**AHORRO A LA VISTA**

**AHORRO PROGRAMADO MULTIAHORRO**

Nombres y Apellidos

Documento Identidad

Correo electronico

Numero de Celular

**CUOTA DE AHORRO MENSUAL**

Forma de Pago  Descuento por nómina  
 Consignación

Porcentaje de Ahorro
%

Minimo el 2% sujeto a capacidad de pago por nómina

Cuota fija
\$

**PLAZO**  
Multiahorro (3 a 12 meses)

**Meses**

FECHA INICIAL			FECHA VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

**Nota:** La fecha de inicio para descuentos por nómina será el mes siguiente al radicado de la solicitud. Para ahorro a la vista no aplica fecha de vencimiento.

**DECLARACIÓN 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.

Certifico que conozco la reglamentación vigente para esta línea de ahorro y por lo tanto me comprometo a cumplir oportunamente con las obligaciones que se derivan de esta solicitud de vinculación. De la misma forma autorizo descontar de mi nómina o prima de servicios el porcentaje señalado anteriormente, durante el tiempo pactado.

FIRMA
-------

No. C. C.