FONDESARROLLO
Cuando nos necesites

FONDO DE EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA - GOBERNACION "FONDESARROLLO"

NIT. 890.318.095-5

Fecha Radicación		
DD	MM	AAAA

FONDOAHORRITO

Información Personal del Asociado(a)

Tipo Doc.: CC NIT	Numero:	Fecha Expedición: DD MM AAAA	Lugar Expedición:	Género: F M
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Dirección Residencia:	Barrio:	Ciudad:		
Teléfono Residencia:	Celular:	Correo Electrónico:		
Dirección de Oficina:	Cuidad:	Teléfono: Ext.		

Información Personal del Niño(a)

Tipo Doc.: TI	Numero:	Fecha Nacimiento: DD MM AAAA	Lugar de Nacimiento:	Género: F M
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	

Información Constitución de Ahorro

Valor Apertura: $ 000.000.000	Depósito Mensual: $ 000.000.000	Pago: Nomina ☐ Caja ☐	Utilización:

* Declaro que he leído el reglamento para la constitución de FONDOAHORRITO con el Fondo de Empleados FONDESAROLLO

Autorización de Descuento por Nomina

Autorizo al señor pagador de _____ para que descuente mensualmente de mi sueldo con destino al Fondo de Empleados FONDESARROLLO, de la cual soy asociado (a) la suma mensual de $_____, con destino a la constitución de Ahorro FONDOAHORRITO.

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.

_____	_____	_____	
NOMBRE COMPLETO	**IDENTIFICACIÓN**	**FIRMA**	**HUELLA**