



Fondo de Empleados de Contadores Públicos FECONT  
NIT 900667935-9

FORMATO DE AHORRO VOLUNTARIO

Acta Junta Directiva No. 003-2020  
Versión: 001 del 2020

Páginas: 1-1

(Por favor diligencie en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras)  
Todos los campos de este formato son de carácter obligatorio.

|                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Fecha de Solicitud<br>DD / MM / AA | Ciudad<br>Los valores del ahorro provienen de: _____ | Frecuencia al una sola cuota <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> | Tipo de Ahorro:<br>A la vista <input type="checkbox"/> Programado <input type="checkbox"/> CDAT <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------|--|--|--|

DATOS GENERALES

|                   |  |                                     |                     |              |
|-------------------|--|-------------------------------------|---------------------|--------------|
| Nº Identificación | Tipo de Identificación<br>C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> | Fecha de Expedición<br>DD / MM / AA | Lugar de Expedición | Nacionalidad |
| Primer Apellido   | Segundo Apellido   | Primer Nombre                       | Segundo Nombre      |              |

DIRECCIÓN Y TELEFONOS

|                                 |                         |                              |
|---------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Ciudad                          | Dirección de residencia | Barrio                       |
| Teléfonos residencia:           |                         | Número móvil:                |
| Correo Electrónico Empresarial: |                         | correo electronico personal: |

INFORMACIÓN LABORAL

|                   |   |
|-------------------|---|
| Empresa:          | Dirección y telefonos:                              |
| Tipo de contrato: |   |
| Cargo actual:     | Fecha de Ingreso: MM / DD / AA Actividad Económica: |

DATOS COMPLEMENTARIOS

|  |  |
|--|--|
| Administra Recursos Públicos?<br>o es persona públicamente expeusta<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Posee Cuentas en el Exterior y/o Criptomonedas?<br>Banco _____ N° de Cuenta _____ Pais _____<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Moneda _____ |
|--|--|

EN CASO DE MUERTE MIS AHORROS SE DEBEN ENTREGAR A:

|   | Nombre y Apellidos | Parentesco | Documento |        | Porcentaje | OBSERVACIONES |
|---|--------------------|------------|-----------|--------|------------|---------------|
|   |                    |            | Tipo      | Número |            |               |
| 1 |                    |            |           |        |            |               |
| 2 |                    |            |           |        |            |               |
| 3 |                    |            |           |        |            |               |

Tiene algún familiar Persona Expuesta Públicamente o servidor público? Si  No  Parentesco?: \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo el envío de información a través de correo electrónico, mensajes de texto y cualquier otro medio de Comunicación. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de protección de datos y con el Decreto 1377 de 2013, el titular presenta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos y cuyo responsable es FECONT, cuyas finalidades son 1) validar la información en cumplimiento de la exigencia legal de conocimiento del cliente aplicable a FECONT 2) Adelantar las acciones de cobro y recuperación de cartera, en virtud del objeto social de la organización y que sean incorporado en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electronicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Puede usted ejercitar los derechos de acceso, corrección, supersión, revocación o revlamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido a FECONT a la dirección de correo electrónico fdfecont@gmail.com., indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido Carrera 50 4 - 19 en Bogotá

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a FECONT, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación. 2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo. 3. Eximo a FECONT, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones. 4. Autorizo a FECONT, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario. 5. Los recursos que utilizo para la destinación de fondos tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas. 6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo. 7. Estoy informando de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por FECONT para dar cumplimiento a la normatividad vigente. 8. En caso de estar inmersos en temas de SARLAFT, FECONT tendrá la autonomía de desvinculación. 9. El origen de los dineros que deposito en mis(s) cuentas(s) y demás actividades, proceden del giro ordinario de actividades lícitas. FAVOR ANEXAR SOPORTE DEL INGRESO (certificación de ingresos, o soporte venta activo, soporte herencia).

AUTORIZACIÓN CONSULTA DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera expresa e irrevocable a FECONT identificado con Nit 900667935 o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier titulo la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a la Central de Información Financiera que administra la Superintendencia Financiera de Colombia o a quien represente sus derechos. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a está, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente.

| FIRMA Y HUELLA (ASOCIADO)  | PARA USO EXCLUSIVO FECONT   |
|--|---|
| (En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior) | Nombre del funcionario que verifica la información de este Formato                  |
| Huella   | Fecha y Hora de la Verificación   |
| _____  | Resultados  |
| No Cédula  | Satisfactorio <input type="checkbox"/><br>No satisfactorio <input type="checkbox"/> |

Se verificó el tercero y las demás personas relacionadas en este formato, en listas restrictivas  
Nombre de la funcionario que realizo la consulta

Fecha y hora de consulta