

RADICACIÓN N°:
CIUDAD:



FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
DÍA	MES	AÑO

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

### 1. DATOS PERSONALES

NOMBRES:		PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E.	NÚMERO:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	
TELÉFONO RESIDENCIA:	TELÉFONO CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:	
EMPRESA:	DEPENDENCIA:	CARGO:	TELÉFONO OFICINA Y EXT:

Señores: FONDO DE EMPLEADOS DE COLSANITAS - FECOLSA

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio y de manera voluntaria, realizo la siguiente declaración a FECOLSA, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en el reglamento del servicio de Ahorro a Termino (AT) y demás normas concordantes.

1. Los recursos depositados por la suma de \$ \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_, provienen de las siguientes fuentes:

Concepto: \_\_\_\_\_

Declaro que los recursos depositados no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

Firma Solicitante \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_