



FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS  
DEL SECTOR SALUD DE ANTIOQUIA

CODIGO: M2 F02

VERSIÓN: 2

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

15-09-2021

En cumplimiento a lo establecido en el Capítulo XI del Título V de la CBJ de 2020 emitida por la Superintendencia de Economía Solidaria, en la cual se establece el SARLAFT para los Fondos de Empleados por favor diligencie la siguiente declaración:

Ciudad	Fecha		
	DIA	MES	AÑO

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con cedula de ciudadanía Nro. \_\_\_\_\_, persona plenamente capaz, en uso de mis facultades me permito hacer la presente declaración de origen y procedencia de fondos a FODELSA:

1. Indique el valor de la transacción \$ \_\_\_\_\_

2. Forma de Pago: Efectivo [ ] Cheque [ ] Transferencia [ ]

3. Seleccione el propósito o motivo de la consignación o transferencia:

Pago total de crédito  Abono a crédito  Ahorros   
Otro  \_\_\_\_\_

4. Declaro que los recursos depositados, entregados o transferidos a FODELSA, para esta transacción provienen o han sido obtenidos de la siguiente forma:

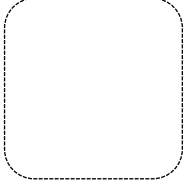
Describe

5. Declaro que estos recursos, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano, ni actuó en nombre de terceros, ni permitiré que personas en mi nombre o el de terceros vinculen o efectúen actividades relacionadas con el delito de LA/FT/FPADM.

6. Declaro que soy el titular y propietario real del dinero con los cuales se realiza la transacción con **FODELSA**.

7. Eximo al Fondo de Empleados de toda responsabilidad que se derive de mi 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.

En constancia de haber leído lo descrito, firmo el presente documento:

_____ FIRMA	 Huella índice derecho
----------------	---