



FONDO DE EMPLEADOS FONDEICON

NIT 800.060.125-0

FORMATO CAPTACIÓN DE AHORROS

Ciudad y Fecha _____

1 - DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN			FECHA EXP.
		C.C. C.E. PTT PAS No.			
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR	TEL. FIJO	CEL. CORPORAT.
CORREO ELECTRÓNICO					

2 - DATOS LABORALES

EMPRESA	SALARIO MENSUAL	CARGO	CIUDAD

3 - APERTURA CDAT

VALOR INICIAL DE LA INVERSIÓN	PLAZO EN DÍAS	FECHA APERTURA	FECHA DE VENCIMIENTO	TASA E.A.
\$	90 __ 180 __ 360 __ >360 __			%

4. APERTURA - MODIFICACIÓN DE AHORRO PROGRAMADO VOLUNTARIO

DESCRIPCIÓN	CUOTA	DESCRIPCIÓN	CUOTA
Apertura: _____ Modificación: _____	\$	3. Ahorro Programado Voluntario Fondeikids	\$
1. Ahorro Programado Voluntario Junio	\$	4. Ahorro Programado para el Retiro Pensional	\$
2. Ahorro Programado Voluntario Noviembre	\$	5. Ahorro Programado Soat y Tecnomecánica	\$

5. TRASLADOS

Si desea realizar traslado describa el tipo de movimiento: Tipo ahorro actual: _____ Saldo actual \$ _____

Traslado - Apertura de: _____ **Nota:** Diligenciar punto 3. y/o 4. Según corresponda.

Ahorro mínimo mensual \$50,000 - Retiros aplican terminos y condiciones política de captación de ahorros.

6. DATOS PARA REINTEGRO

TIPO CUENTA AHO _____ CTE _____ BANCO _____ NUMERO _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizó al Fondo de Empleados Fondeicon y a quien represente sus derechos y ostente en el futuro la calidad de acreedor, cesionario o cualquier calidad frente a mí como titular de la información, en forma permanente para que soliciten, consulten, compartan, informen, verifiquen, reporten, modifiquen, actualicen, aclaren, retiren o divulguen a cualquier entidad de consulta de bases de datos, entes gubernamentales, operadores de información y riesgo, o ante cualquier otra entidad que administre bases de datos con los fines legalmente definidos, todo lo referente a información financiera, comercial y crediticia (presente, pasada y futura). Por último declaro que los informes que he dado al Fondo de Empleados Fondeicon sobre mis condiciones personales y económicas son rigurosamente exactos y verdaderos y que si comprobare alguna falsedad sobre dichas declaraciones, responderé por los perjuicios causados administrativa y penalmente.

DECLARACIONES - ORIGEN DE BIENES Y FONDOS

Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la ley y en las demás normas concordantes para la apertura y manejo de cuentas (corrientes - de ahorro - certificados de depósito a término - operaciones de crédito). Declaro que tanto los recursos utilizados en la ejecución de mi actividad económica y los ingresos recibidos, provienen de actividades lícitas, que no me encuentro con registros negativos en listados de prevención de lavado de activos nacionales o internacionales, ni incurro en una de las dos categorías de lavado de activos y que en consecuencia, me obligo a responder frente al Fondo de Empleados Fondeicon por todos los perjuicios que se llegaren a causar como consecuencia de esta afirmación. Igualmente no admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con recursos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de terceros relacionadas con la misma.

Declaro que he recibido información cierta, clara, suficiente y oportuna, sobre el reglamento de ahorros y captaciones de para asociados de Fondeicon, por lo cual, manifiesto que conozco y acepto las condiciones para la apertura, modificación, retiro y traslado entre los productos indicados en este formato. Para más información consulta el reglamento de captaciones en nuestra página web www.fondeicon.com.co

FIRMA ASOCIADO _____ C.C. _____	RECIBÍO: Nombre : _____ C.C. No _____
--	--

USO EXCLUSIVO DE FONDEICON

OBSERVACIONES : _____ _____ _____	CONTABILIZÓ Nombre : _____ C.C. No _____ Fecha : _____
DOCUMENTOS ANEXOS Soportes de consignación - Transferencia y formato certificación origen de fondos SARLAFT si aplica.	FonAFic10-2025



FORMULARIO DE CONTROL A TRANSACCIONES > 2 MM

CIUDAD	FECHA	VALOR OPERACIÓN	\$
		BANCO	

NOMBRE ASOCIADO	
EMPRESA	
AGENCIA	

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN REALIZA LA OPERACIÓN		IDENTIFICACION DE LA PERSONA EN NOMBRE DE LA CUAL SE REALIZA LA OPERACIÓN		OPERACIÓN	
NOMBRE		NOMBRE		Consignación Local	
CC		CC		Consignación Nacional	
DIRECCION		DIRECCION		Retiro Local	
TELEFONO		TELEFONO		Retiro Nacional	
FIRMA		FIRMA		Pago Cheque por Ventanilla	

DESTINO	
CARTERA	
AHORROS	
CDAT	
CONVENIOS	

ORIGEN Y/O DESTINO DE LA OPERACIÓN:

FIRMA TESORERO	FIRMA GERENTE

Observaciones	
OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	AUDITORIA EXTERNA