

Departamento	Municipio	Fecha
--------------	-----------	-------

### Información del Cliente

Nombres y Apellidos	<b>Tipo de Identificación</b>					
	Cédula		Pasaporte		Cédula de Extranjería	Otro
No. documento	Fecha de Expedición Documento de Identificación			Lugar de Expedición Documento de Identificación		
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento			Teléfono Fijo		
Teléfono Celular	Dirección residencia			Ciudad y Barrio de residencia		
Correo Electrónico :	Empresarial :			Personal:		

### Información sobre la Ocupación y Actividad del Asociado

Profesión, ocupación u oficio	Independiente	<input type="radio"/>	Cargo		
	Empleado	<input type="radio"/>			
Empresa donde Trabaja	Dirección		Ciudad	Teléfono	
¿Es funcionario público?	SI		¿Administra recursos públicos?	SI	
	NO			NO	

### Información Financiera

Valor Ingresos Mensuales	Valor Egresos Mensuales	Valor Otros ingresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos	Concepto de los otros ingresos

### Datos Bancarios del Asociado

Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta	Nombre del Titular
-------	------------------	----------------	--------------------

### Declaración de Origen y Destinación de Fondos

Yo, identificado con el (los) Nombre (s) y documento de identidad expedido en lugar y fecha establecidos, tal como lo he indicado en este documento, obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto y verificable, realizo la siguiente declaración de fuente y destinación de fondos y/o bienes a FEINCO. De conformidad con las normas que regulan en Colombia los asuntos relacionados con la prevención y control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo:

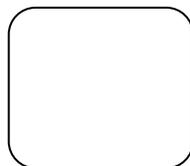
1. Declaro que el origen de mis recursos y patrimonio proviene del desarrollo de la(s) siguiente(s) actividad(es): \_\_\_\_\_
2. Los dineros recibidos de FEINCO por cualquier concepto no se destinaran a la realización o financiación de actividades criminales o delitos fuentes de Lavado de Activos o de la Financiación del Terrorismo.
3. Declaro que soy el beneficiario real o final de los recursos entregados por FEINCO
4. No me encuentro asociado, relacionado o vinculado a organizaciones criminales.

### Autorización de consulta de información

En uso de mis facultades AUTORIZO a FEINCO, para que realice las consultas de información en las fuentes que estime conveniente, con el propósito de cumplir con diligencias relacionadas con la Prevención y Control del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo.

### FIRMA Y HUELLA DEL ASOCIADO

\_\_\_\_\_



### Espacio para la Verificación y Confirmación de Datos( EXCLUSIVO PARA FEINCO)

Nombre de la persona que verifica los datos de este formato

Fecha y Hora de Verificación

Nombre de las persona que confirma los datos de este formato

Fecha y Hora de la confirmación

Resultados

¿Se verifico al Asociado frente a las listas restrictivas utilizadas por FEINCO?

SI

NO

Nombre de la persona que realizo la consulta :

Fecha y Hora de la Consulta