	Fondo de Empleados Clínica SOMA FOEMSOMA NIT: 811.035.635-1	DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
---	--	--

Yo, _____, identificado con _____

No. _____ expedida en _____, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo que aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos en cumplimiento a lo señalado en el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), determinado por la Superintendencia de Economía Solidaria en la Circula Básica Jurídica y en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 “Estatuto Anticorrupción” y demás normas que legales que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

1. Los recursos entregados a **FOEMSOMA Fondo de Empleados** por concepto de _____ provienen de las siguientes fuentes: (*Detalle de la ocupación, oficio, actividad económica, etc*)

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

3. Manifiesto que no admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuarse transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

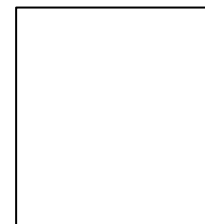
4. Autorizo a **FOEMSOMA Fondo de Empleados** a saldar cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, en caso de infracción de cualquiera de las obligaciones señaladas en los numerales anteriores de este documento, así como por la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento e igualmente por no actualizar anualmente la información aquí solicitada, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad derivada de estos hechos.

En constancia de haber leído y aceptado lo anterior firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____.

Nombre _____

Firma _____

No CC _____ de _____



Huella