



## DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Ciudad:

Fecha:

Valor \$:

### TIPO DE TRANSACCIÓN

Marque con una **X**:**Consignación a COOPICBF  
Por concepto de:** Cancelación total del crédito Abono parcial al crédito Otro, ¿Cuál?:

### INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

<b>NOMBRE DEL ASOCIADO</b>	
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	C.C <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C. E <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
<b>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN</b>	
<b>INGRESOS MENSUALES</b>	
<b>DIRECCIÓN Y CIUDAD DE RESIDENCIA</b>	
<b>TELÉFONO FIJO Y/O MÓVIL</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de orígenes de fondos y/o bienes a la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR COOPICBF, la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado en la Ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes así como las normas establecidas por las autoridades para los asociados de las Entidades Solidarias:

1. Declaro que los recursos entregados no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier otra norma que la adicione o modifique.
2. Que el origen de los dineros que deposito en la cuenta a nombre de la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE BIENESTAR FAMILIAR - COOPICBF, identificada con NIT.860.044.534-0, y demás operaciones que tramito, proceden del giro ordinario de actividades lícitas.
3. Declaro que no admitiré que terceros efectúen depósitos a mi nombre con Fondos provenientes de actividades ilícitas y no efectuaré transacciones destinadas a dichas actividades.
4. Autorizo a resolver cualquier "acuerdo," negocio o contrato celebrado con la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE BIENESTAR FAMILIAR — COOPICBF, identificada con NIT.860.044.534-0, en caso de que incurra en alguna de las situaciones antes descritas con el fin de eximir a la Organización Solidaria de toda responsabilidad que se derive por información falsa, errónea o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o violación del mismo.

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 \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

HUELLA