

AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO A BENEFICIARIO FINAL

 Fecha de diligenciamiento

Yo _____ identificado con tipo de documento _____

Número _____ expedido en _____, autorizo a FELAFRANCOL para realizar la transferencia electrónica de los recursos solicitados a mi nombre, por concepto de:

 Crédito Ahorro Voluntario CDAT's Otro Cual: _____

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA (beneficiario final del pago)

Tipo de Persona	Natural <input type="checkbox"/>	Jurídica <input type="checkbox"/>
Tipo de documento de identificación	CC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>

ANEXAR COPIA DE LOS SIGUIENTE DOCUMENTOS:

PERSONA NATURAL		PERSONA JURIDICA	
Cédula	Certificado de la cuenta	RUT	Certificado de la cuenta
Documentos completos SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Documentos completos SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

TENER EN CUENTA: El beneficiario final del pago debe ser el titular de la cuenta

Número de Identificación		
Nombres y Apellidos o Razón Social		
Correo Electrónico		
Número Telefónico		
Número de Cuenta bancaria destino		
Nombre del Banco o entidad Financiera		
Tipo de cuenta	Ahorro <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>
Monto a transferir	\$ _____	

DECLARACIÓN DESTINO DE LOS FONDOS

Declaro que los recursos desembolsados por la utilización de los servicios de ahorro y crédito no se destinan, ni se destinarán para actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres. Así mismo me comprometo con FELAFRANCOL a denunciar los casos en que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento

AUTORIZO MI CONSULTA Y LA DEL TITULAR DE LA CUENTA EN LAS LISTAS RESTRICTIVAS.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

Nombre del Solicitante _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FELAFRANCOL

Fecha de Referenciación:		Confirma datos y autoriza el desembolso: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre del encargado		Observaciones:
Firma del encargado		
Fecha de consulta en listas		Nombre del encargado
Presenta coincidencia en las listas vinculantes SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Observaciones:		

Firma del Oficial de Cumplimiento _____

Nombre del Oficial de Cumplimiento: _____