

Manifiesto y Relación de Aportes

Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros Nit. 830.101.782-6
Allianz Seguros de Vida S.A. Nit. 860.027.404-1

Fondo Voluntario de Pensiones

Carta de Manifiesto

Señores

Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros
Allianz Seguros de Vida S.A.

No. Cuenta

Apreciados señores:

Yo identificado con documento Ciudad Exp. Fecha de Exp. en cumplimiento con todas las normas vigentes, realizo la siguiente declaración de origen de fondos al Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto y susceptible de verificación.

1. Me permito manifiestar que el (los) ingreso (s) producto del (de los) aporte(s) efectuado(s) el y/o según relación adjunta, por la suma de \$, SI NO ha(n) sido sometido(s) a retención en la fuente, de acuerdo con los siguientes conceptos de tipo de ingresos:

A. Salarios B. Servicio C. Honorarios D. Rendimientos E. Traslado de Patrimonio F. Comisiones G. Arrendamientos H. Otros

2. En el evento en que los aportes que realice provengan de una fuente diferente o tengan tratamiento tributario diferente aportaré las certificaciones respectivas.

3. Declaro que dichos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique ó adicione.

Información General

Cuenta N°. Cuenta Alternativa N°.

Nombres Apellidos

Doc. Identidad C.C. C.E. T.I. N°. Ciudad Exp.

Relación General de Aportes

Fecha del Aporte	Valor del Aporte
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
TOTAL	\$ <input type="text"/>

Fecha de Diligenciamiento

Certifico que la información aquí consignada corresponde a la realidad

Para uso de Allianz

Firma

C.C.

Índice derecho

Funcionario Allianz

Firma

Nombre

Favor diligenciar este formato por cada aporte que usted realice directamente a su cuenta de ahorro y/o cuenta relacionada de aportes.