



**FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA**  
**Nit.800.012.577-1**

**SOLICITUD DE AHORRO VOLUNTARIO**

CIUDAD \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_/Mes \_\_\_\_\_/Año 2023  
NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**MODALIDAD DE AHORRO VOLUNTARIO**

FONAHORRITO  NAVIDEÑO  VACACIONAL  MEDIANO PLAZO  LARGO PLAZO

CUOTA MENSUAL AHORRO VOLUNTARIO \$ \_\_\_\_\_

TASA DE INTERES PACTADA \_\_\_\_\_

FECHA INICIO AHORRO \_\_\_\_\_ FECHA DE VENCIMIENTO \_\_\_\_\_

DESCUENTO POR NÓMINA  PAGO POR CAJA

**DECLARACION ORIGEN DE FONDO:**

El asociado declara que los recursos que entregará para la constitución de este ahorro, no provendrán de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

**POLITICAS GENERALES:**

El Ahorro Voluntario Podrá ser fijado por Nómina o por Transferencia. Cuando sea por Transferencia se deberá enviar soporte durante los próximos 5 días, con tres atrasos continuos en el pago, la cuenta de ahorros será cancelada.

**SANCION POR INCUMPLIMIENTO EN EL PLAZO:** En caso de cancelación Anticipada del Ahorro Programado, se reconocerá el 50% de los intereses causados.

**RETENCION EN LA FUENTE:** De conformidad con las disposiciones legales Vigentes, FEFC realizará sobre la liquidación de Intereses, la retención en la Fuente que corresponda.

**FIRMA Y ACEPTACION**

Declaro que la información consignada en el presente formulario es verídica y hago constar que conozco el Reglamento Interno de Ahorro Voluntario.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDO ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
N° CEDULA

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS**

ACEPTADO SI  NO

Estudiado Por: \_\_\_\_\_