

FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA
Nit.800.012.577-1



SOLICITUD RENOVACION AHORRO VOLUNTARIO

CIUDAD _____ Día _____/Mes _____/Año _____

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 VENCIMIENTO AHORRO ACTUAL _____

FECHA INICIO AHORRO _____ FECHA DE VENCIMIENTO _____

DESCUENTO POR NÓMINA X

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