

Fecha de Diligenciamiento

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombres y apellidos				Número de Cedula				Ciudad Expedición			
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Teléfono Fijo				Correo Electrónico Personal				Número Móvil Celular			
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			

**MOTIVO DEL RETIRO Y ACLARACIONES**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cruce de cuentas para quedar a paz y salvo             | <input type="checkbox"/> Credito de Vivienda (cuota inicial)                   |
| <input type="checkbox"/> Retirar totalmente el Ahorro (sin Creditos)            | <input type="checkbox"/> Inconformidad con los servicios y/o atención recibida |
| <input type="checkbox"/> Descuentos (rechaza refinanciación o reestructuración) | <input type="checkbox"/> Otros   |

Si su respuesta es **OTROS** o si desea ampliar el motivo seleccionado, por favor describalo a continuación:

¿Es conciente de los beneficios que pierde al retirarse?

¿Desea volver a vincularse al Fondo de Empleados?

**Importante**

De acuerdo al Artículo 36 del Estatuto Vigente, en caso de que exista algun derecho economico a su favor, procedera a realizar la devolución maximo dentro de los treinta (30) dias posteriores a su solicitud y de acuerdo a los cortes de pago de nomina.

FONDOFE, aceptará el reingreso de un asociado que se haya retirado voluntariamente máximo 2 veces, conllevando que para obtener los servicios de FONDOFE, deberá transcurrir, por lo menos un (1) mes después de la aceptación de reingreso por primera vez y dos (2) meses después de la aceptación del reingreso, por segunda vez.

En el momento de realizar el RETIRO VOLUNTARIO es importante recordar que se raealiza exclusión de los servicios, por lo tanto la vigencia y cubrimientos seran hasta el ultimo dia del mes en que realizo la solicitud.

**SERVICIOS Y VIGENCIA**

Poliza de Autos	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	Medicina Prepagada	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
Poliza de Hogar	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	Emermedica	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
Poliza Exequial	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	Plan Odontologico	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>

**INFORMACIÓN DE DESEMBOLSO**

Entidad Financiera	<input type="text"/>	Numero de Cuenta	<input type="text"/>	Tipo de Cuenta	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	------------------	----------------------	----------------	----------------------

**FIRMA Y HUELLA** **Exclusivo FONDOFE**

En constancia de haber leído, entendido y aceptado el contenido firmo el presente documento.

\_\_\_\_\_

Firma

Huella

Sello de Radicado

**ESPACIO RESERVADO PARA FONDOFE**

Por favor refleje la gestión de retención y observaciones presentadas:

\_\_\_\_\_  
RECIBE

\_\_\_\_\_  
ANALISTA DE CARTERA

Adjuntar el CONTRATO DE MANDATO de los servicios vigentes antes de archivar (Responsable Analista de Cartera)