



**FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACION AL FONDO DE EMPLEADOS  
DEL SECTOR FARMACEUTICO "FESFA"**

CIUDAD		FECHA DE LA SOLICITUD	
--------	--	-----------------------	--

**Señores  
JUNTA DIRECTIVA DEL FONDO DE EMPLEADOS  
DEL SECTOR FARMACÉUTICO "FESFA"  
CIUDAD**

Apreciados Señores:

Con la presente, solicito la aprobación de mi vinculación voluntaria al Fondo de Empleados del Sector Farmacéutico "FESFA", en calidad de Asociado, aceptando cumplir los principios de la Economía Solidaria, así como lo determinado por el Estatuto y los Reglamentos vigentes de "FESFA", los cuales declaro que conozco y acepto.

Como Asociado de "FESFA", acepto y me comprometo a cumplir las decisiones de los órganos de Administración, Vigilancia y Control de "FESFA"; los deberes consagrados en el Estatuto y a contribuir al desarrollo y prosperidad económica y social de "FESFA".

Igualmente me comprometo a Autorizar al Pagador de la Empresa para que deduzca Mensualmente de mi Salario los Valores correspondientes a Aportes, Créditos, Servicios y demás conceptos y le transfiera dichos Valores a la Cuenta Bancaria Establecida por "FESFA".

Una vez aceptada mi Vinculación en calidad de Asociado de "FESFA", autorizo la pignoración de mis aportes a favor de "FESFA"; con el fin de cubrir las deudas contraídas con esta entidad.

El presente Documento presta merito Ejecutivo, para que se hagan exigibles los valores anteriormente mencionados de las obligaciones vigentes, al momento de mi desvinculación de "FESFA".

La presente vinculación, se puede dar por terminada, de acuerdo con lo Establecido en el Estatuto Vigente.

ATENTAMENTE,

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASOCIADO \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ C.C.No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva:	
Acta de la Junta Directiva Número:	