



SOLICITUD DE RETIRO VOLUNTARIO

Apellidos y Nombres (Completos)

Cédula

Ciudad

Empresa donde Labora

Teléfono fijo

Extensión

Celular

Correo electrónico

SEÑORES JUNTA DIRECTIVA FESFA Bogotá

Por medio de la presente les informo que he tomado la decisión de retirarme voluntariamente del Fondo de Empleados del sector farmacéutico -FESFA- a partir de la fecha por consiguiente solicito a ustedes el favor de compensar mis aportes y mis ahorros con el total de las deudas. Si después de efectuar el cruce de cuentas queda algún saldo disponible a mi favor, solicito que sea consignado en mi cuenta bancaria No del banco cuenta de ahorro corriente

Marque con una X la opción que motiva su solicitud de retiro

Desvinculación laboral

Razones económicas

Afiliación a otro fondo

Mal servicio

Otros (indique cuál)

Especifique

Así mismo, acepto ser retirado de los convenios y otros servicios que pueda tener en calidad de asociado, conforme a la reglamentación establecida.

MEDICINA PREPAGADA

PLAN EXEQUIAL

CLARO

SEGURO DE VIDA

POLIZA DE VEHÍCULO

MÉDICO EN CASA

POLIZA HOGAR

Conozco de antemano que el Fondo tiene hasta **30 días hábiles** de plazo para efectuar la liquidación de mi retiro según el artículo 62 del Estatuto vigente.

Recuerde que puede solicitar reingreso 3 meses después de la fecha de retiro, siempre y cuando continúe vinculado laboralmente en el mismo Laboratorio o en otro Laboratorio vinculado a FESFA.

Atentamente,

Firma

Recibido Por

Aprobado por Gerencia

Contabilizado

Fecha

Fecha

Fecha

DD MM AAAA

DD MM AAAA

DD MM AAAA