

**FONDO DE EMPLEADOS DE AXEDE**

**Nit. 830.119.512-3**

Fecha de Diligenciamiento

|    |    |      |
|----|----|------|
| DD | MM | AAAA |
|----|----|------|

**INFORMACIÓN DEL ASOCIADO**

Apellidos y Nombres :

|                                                                                                     |                    |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|
| Doc Identidad : TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> | No. _____ de _____ | Teléfono fijo : |
| Correo electrónico:                                                                                 |                    | Teléfono móvil: |

**RETIRO DE AHORROS VOLUNTARIOS**

Solicito la siguiente devolución de Ahorros de acuerdo con el Reglamento Interno del Fondo de Empleados:

| LINEA DE AHORRO                       | RETIRO TOTAL | RETIRO PARCIAL |                                                                  |
|---------------------------------------|--------------|----------------|------------------------------------------------------------------|
| AHORRO VISTA <input type="checkbox"/> | \$ _____     | \$ _____       | CONTINUA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| NAVIDEÑO <input type="checkbox"/>     | \$ _____     |                | CONTINUA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| OTRO <input type="checkbox"/>         | \$ _____     | \$ _____       | CONTINUA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

**DESTINO**

|                  |                    |                                                                                   |
|------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Entidad Bancaria | N° Cuenta Bancaria | Tipo de cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> |
|------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

CRUCE CON CREDITOS (Autorización para aplicar monto total, según orden de imputación de pagos)

|                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Abono o cancelación Credito N° | Abono o cancelacion Convenio N° |
|--------------------------------|---------------------------------|

**No aplica para traslado a cuenta de terceros**

He leído y acepto los terminos, condiciones y la política de tratamiento y protección de datos publicado en la página web del Fondo.

FIRMA ASOCIADO  
CC

**ESPACIO EXCLUSIVO FONDO DE EMPLEADOS**

|                                                                      |    |    |      |                 |                                          |
|----------------------------------------------------------------------|----|----|------|-----------------|------------------------------------------|
| Fecha de Radicación                                                  | DD | MM | AAAA | Gestionado por: | Contabilización/ Aprobación operaciones: |
| Estado de la solicitud                                               |    |    |      |                 |                                          |
| Aprobada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/> | DD | MM | AAAA |                 |                                          |