

	FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL SECTOR SALUD DE ANTIOQUIA	CODIGO: M2 F16
	FORMATO SOLICITUD AHORRO VOLUNTARIO	VERSIÓN: 0 25-01-2017

Municipio _____, ____ de _____ de 20__

Señores
FODELSA
 Medellín

Asunto: Ahorro Voluntario	Forma de pago:	* Descuento Nómina <input type="checkbox"/> Pagos por Caja <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------	--

Atendiendo los objetivos establecidos por el Fondo de Empleados y Pensionados del Sector Salud de Antioquia –FODELSA- autorizo realizar descuento de nómina para la siguiente modalidad de ahorro, así:

<input type="checkbox"/> Ahorro Navideño	<input type="checkbox"/> Ahorro Familiar	<input type="checkbox"/> Ahorro a la Vista
\$ _____	\$ _____	\$ _____

* Diligenciar si es descuento de nómina.

<input type="checkbox"/> _____ Número de meses para el descuento
<input type="checkbox"/> Indefinido (Solo para el Ahorro a la Vista y Familiar)

Atentamente,

Firma : _____

Nombre: _____

Cédula : _____

Entidad: _____

Municipio: _____

Nota: Copia a la Administración o Nómina para descuento de nómina y se remite copia al Fondo para apertura de ficha en todos los casos.