



Fondo de Empleados
Hospital Pablo Tobón Uribe

RETIRO DEFINITIVO

COD	RD001
FECHA	04/04/2024

FECHA SOLICITUD _____

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombres _____

No. de documento _____ De _____ Teléfono Casa _____

Ext. _____ Celular _____ E-mail personal _____

Del Fondo ☐

Del Hospital ☐

Motivo _____

Fecha de renuncia _____

Autorizo descontar de mis ahorros las deudas que tenga en el momento de la liquidación.

Recuerde que al retirarse del Fondo termina con todos los servicios adicionales que le prestamos como protección exequial y pólizas.

FIRMA _____

ESPACIO PARA EL FONDO

Tiempo Asociado _____

Total Aportes, ahorros e intereses \$ _____

Total A Consignar \$ _____

Total Créditos \$ _____

Pólizas \$ _____

Aprobado _____