

	<b>FONDO DE EMPLEADOS "FEMAC"</b> <b>SOLICITUD RAPIFEMAC</b>	Código: FR-CR-02
		Versión: 4.0
		Fecha: Octubre 31 de 2023
		Página 1 de 1

Este formulario debe estar diligenciado **EN SU TOTALIDAD** sin enmendaduras de lo contrario la solicitud no será radicada. (No Diligenciar lo sombreado)

<b>No. Solicitud</b>

<b>Ciudad y fecha de solicitud</b>	<b>Fecha Radicación</b>
------------------------------------	-------------------------

**DATOS SOLICITANTE**

Apellidos	Nombres	No. Cédula
Celular	Teléfono	Email:

**INFORMACIÓN DEL RAPIFEMAC**

Monto:	Valor Comisión:	Cuota Liquidada:
--------	-----------------	------------------

Si el desembolso se realiza vía transferencia bancaria el asociado debe asumir una comisión por este concepto por valor de \$1.200

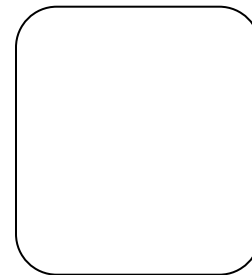
**DATOS DE LA CUENTA PARA TRANSFERENCIA**

Banco:	Tipo Cuenta:
No. Cuenta de Nomina.	Vr. Consignar

Autorizo (mos) al pagador \_\_\_\_\_ para descontar del salario, bonificaciones, comisiones, prestaciones sociales y demás valores que puedan corresponderme (nos), la suma de \$ \_\_\_\_\_ en forma \_\_\_\_\_. También autorizo (mos) al FONDO DE EMPLEADOS MAC POLLO "FEMAC", a descontar del salario, sueldo, bonificaciones, prestaciones sociales e indemnizaciones a que tengo (mos) derecho, el saldo de los créditos mencionados en caso de que se llegare a terminar el contrato de trabajo por cualquier causa. Autorizo (mos) a FEMAC o a quien corresponda sus derechos u ostente la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información CIFIN u otra central de información debidamente constituida toda la información referente a mi (nuestro) comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis (nuestras) obligaciones se reflejará en las bases de datos mencionadas.

**FIRMA DEUDOR**

\_\_\_\_\_  
C.C.



Huella

**Nota:** puede hacer llegar esta solicitud **escaneada totalmente diligenciada adjuntando ultimo desprendible de Nomina** vía correo electrónico [coordinadorsq@femac.coop](mailto:coordinadorsq@femac.coop).

**Espacio Reservado para FEMAC**

Aprobado <input type="checkbox"/>	Negado <input type="checkbox"/>	Por: Gerencia <input type="checkbox"/>	Servicio al cliente <input type="checkbox"/>
Monto Aprobado	\$ <input type="text"/>	Plazo	<input type="text"/>
asesor FEMAC	Radicado por: _____		