

FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA FOLIMP

NIT 900.183.838 - 4

Formato 02b – V4

FORMULARIO SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN Y/O COMPENSACION DE AHORRO PERMANENTE

FECHA DIA MES AÑO

1. INFORMACION DEL ASOCIADO

No. Identificación	Apellidos	Nombres	
Dirección:	E-mail:		
Empresa:	Celular:	Teléfono:	

2. SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN Y/O COMPENSACIÓN

MANIFIESTO MI INTERÉS VOLUNTARIO DE: (MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN DESEADA)

1. DEVOLUCIÓN PARCIAL DE AHORRO PERMANENTE

Valor: \$ _____

2. CRUCE O COMPENSACIÓN CON OBLIGACIONES CREDITICIAS

Valor: \$ _____ Numero de obligaciones: _____

3. CLAUSULAS Y DECLARACIONES

1. La Devolución parcial y/o compensación con obligaciones crediticias, **será procedente una vez, cada dos (2) años** y estará sujeta a las condiciones expuestas en el reglamento de aportes y ahorro permanente de **FOLIMP**, deberá ser una cuantía no superior al **70%** de los ahorros permanentes acumulados a la fecha de la presente solicitud. En el caso de tener créditos vigentes, el saldo de las obligaciones crediticias debe quedar cubierto con el saldo de los aportes y ahorros permanentes o con las garantías entregadas, una vez deducida la devolución de los ahorros.
2. Esta solicitud está sujeta a estudio y aprobación por la Junta Directiva y/o Gerencia, en cumplimiento al reglamento de aportes y ahorro permanente de **FOLIMP**, solo se realiza transferencia a la cuenta de nómina después de aprobación.
3. Para los propósitos y fines previstos en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Riesgo adoptado en **FOLIMP** declaro que los recursos desembolsados o entregados por el Fondo de Empleados serán utilizados para el desarrollo de actividades lícitas conforme a lo especificado dentro de este formato.
4. En el caso que los recursos sean trasladados a terceros, declaro que no serán utilizados para financiar actividades terroristas o personas vinculadas o relacionados con grupos criminales.
5. La información aquí suministrada corresponde a la realidad y autorizo su verificación ante cualquier persona pública o privada sin limitación alguna. Eximo a **FOLIMP** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento.
6. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documentó.

HUELLA

FIRMA Y C.C

4. ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE FOLIMP

Quien Recibe		Fecha de Recibido	Día	Mes	Año
Fecha Ingreso Asociado	Día	Mes	Año	Aprobada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Observaciones:				Firma Aprobación	