



**SOLICITUD CONTINUIDAD EN EL FONDO
(PENSIONADOS)**

Ciudad _____

Fecha _____

Señores

FEMPHA – Fondo de Empleados

Ciudad _____

Por medio de la presente me permito solicitar estudiar la posibilidad de continuar como Asociado (a) al Fondo, pues a partir del día _____ del mes _____ del año _____ renuncie a la entidad _____ para tener la calidad de pensionado (a). Mi respectivo pagador será _____.

También me comprometo a realizar los pagos periódicos de todas mis obligaciones económicas (Ahorros, créditos, convenios) adquiridas en FEMPHA.

Cordialmente,

Firma

FEMPHA®

Nombre (s) y Apellido (s) _____

Cedula _____

Entidad (Administración) _____

Teléfono Móvil _____

Correo – E Corporativo _____

Correo – E Personal _____

FF-SCF-001
Ver.01-2024