

FF-3 RETIRO DE ASOCIADO

INFORMACION PERSONAL

Tipo documento		Identidad		Numero		Fecha Expedición			Lugar Expedición		Sexo			
C.C.	<input type="text"/>	CE	<input type="text"/>	<input type="text"/>		DD	MM	AAAA	<input type="text"/>		F	<input type="text"/>	M	<input type="text"/>
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre					
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>					

Esta encuesta tiene como finalidad, conocer el motivo por el cual se retira del Fondo de Empleados y su opinión acerca de aspectos que considere susceptibles de mejorar. De antemano agradecemos su valioso aporte a nuestro crecimiento continuo y esperamos tenerlo nuevamente como asociado en un futuro próximo.

Califique la atención recibida por los funcionarios del fondo a través de los diferentes medios teniendo en cuenta la oportunidad, claridad y amabilidad

A. ATENCION AL ASOCIADO	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
Personalizada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vía telefónica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si la respuesta es REGULAR o DEFICIENTE explique por que _____

B. MOTIVO POR EL CUAL SE RETIRA

Retiro o cambio de empresa	<input type="text"/>
Inconformidad con los servicios prestados	<input type="text"/>
Necesidad de aportes y ahorros	<input type="text"/>
Falta de utilización de los servicios del fondo	<input type="text"/>
Otro (Especifique su respuesta)	<input type="text"/>

Firma	<input type="text"/>	Funcionario que recibe	<input type="text"/>						
C.C.	<input type="text"/>	Fecha de Radicación	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIA	MES	AÑO							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							

Observaciones:

AUTORIZACION DESEMBOLSO

Tipo de Cuenta	Ahorro <input type="checkbox"/>	Autorizo a FONMAIZ, para realizar transferencias electrónicas del dinero producto de créditos, ahorros, retiros y devoluciones a mi nombre o a terceros	
	Corriente <input type="checkbox"/>	Cuenta Numero	Entidad
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR FONMAIZ

Aprobado	Fecha			Acta No.	Observaciones
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIA	MES	AÑO	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		