

Diligencia todos los campos para proceder con su retiro voluntario del Fondo:

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO	
NOMBRES Y APELLIDOS	
CÉDULA	
CÓDIGO MEALS	
CARGO EN LA COMPAÑÍA	
REGIONAL	
FECHA DE RETIRO	

Señale a continuación el motivo por el cual se retira del fondo:

<input type="radio"/>	ADQUIRÍ OTRA DEUDA	¿Cuál?
<input type="radio"/>	LOS INTERESES DE LOS PRÉSTAMOS SON MUY ALTOS	¿Cuál?
<input type="radio"/>	NECESITO EL DINERO AHORRADO PARA OTRO PROYECTO	¿Cuál?
<input type="radio"/>	TUVE UNA EMERGENCIA DE TIPO PERSONAL	¿Cuál?
<input type="radio"/>	ENCONTRÉ UNA MEJOR OPCIÓN DE AHORRO	¿Cuál?
<input type="radio"/>	NO CUBRIÓ MIS EXPECTATIVAS	¿Por qué?
<input type="radio"/>	OTRO MOTIVO	¿Cuál?

Evalúe los siguientes aspectos relacionados con los servicios y productos del Fondo de Empleados:

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
HORARIO DE ATENCIÓN				
ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL FONDO				
ATENCIÓN AL CLIENTE				
TIEMPO DE RESPUESTA				
DISPOSICIÓN DE PERSONAL PARA ATENDER				
CLARIDAD EN LA INFORMACIÓN				
ASESORÍA EN PRÉSTAMOS Y CONVENIOS				
EFFECTIVIDAD EN SOLUCIONES				

Indique a continuación la frecuencia con la que usó los servicios del Fondo:

SERVICIO/PRODUCTO	MUCHO	A VECES	NUNCA
CONVENIOS			
PRÉSTAMO ORDINARIO			
PRÉSTAMO VIVIENDA			
PRÉSTAMO VEHÍCULO			
PRÉSTAMO EDUCACIÓN			
PRÉSTAMO CALAMIDAD			

¿Cuál o cuáles aspectos considera usted que el Fondo debe mejorar?

**Firma del asociado**

\_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**C.C. No** \_\_\_\_\_

Espacio exclusivo para uso del Fondo

## Señores FONMEALS

**Asunto:** Solicitud de Reingreso y Autorización de Descuento de Ahorro Permanente

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, manifiesto de manera voluntaria mi intención de **reintegrarme como asociado(a)** a esta entidad.

Hago esta solicitud tras haber cumplido el periodo de tres (3) meses de desvinculación estipulado en los estatutos vigentes para procesos de re afiliación. Al suscribir este documento, declaro conocer y aceptar los reglamentos internos del Fondo.

Asimismo, autorizo expresamente el descuento mensual por nómina de mi **ahorro obligatorio**, equivalente al \_\_\_\_\_% de mi salario básico (dentro del rango del 3% al 10% permitido).

Firma Asociado: \_\_\_\_\_

Código Meals: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_