FECARVAL
Fondo de empleados Grupo Carval

A014

CIUDAD: _____ ***FECHA:*** _____

Señores:
Fondo de Empleados Grupo Carval-FECARVAL
Atn: Sra. Claudia Sánchez
Gerente

REF: SOLICITUD RETIRO VOLUNTARIO DEL FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL

La siguiente información es obligatoria para dar trámite a su solicitud marcar con una **"X"** la opción correspondiente:

☐ Desvinculación laboral de la compañía contratante *Fecha de terminación:* _____

☐ Retiro voluntario *Motivo del retiro:* _____

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

- Al momento de solicitar un servicio a FECARVAL, ¿la atención de los funcionarios fue?
  ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Malo
- ¿ Desea ingresar nuevamente a FECARVAL, una vez se cumpla el tiempo establecido ?
  ☐ Sí ☐ No
- ¿El funcionario que recibe su retiro le ofreció alguna alternativa para colaborarle? *Indique que aquí la sugerencia del funcionario.*

  _____
- En caso de sentir que el servicio prestado por los funcionarios no fue el mejor, por favor indique el nombre del funcionario que no presto la debida atención a su solicitud.

  _____
- Sugerencias

  _____

NOTA: El plazo máximo para la devolución de sus ahorros es de 30 días hábiles a partir de la fecha de radicación en la oficina principal., se vera efectuada a su cuenta de nómina, en caso de haber sido cancelada es necesario presentar una certificación de cuenta a su nombre expedida por la entidad bancaria.

Cuenta de Nomina No. _____ **Ahorros** ☐ **Corriente** ☐ **del Banco** _____

Firma: _____ C.C : _____
Nombre:_____ Empresa: _____
Email: _____ No. Celular: _____
Dirección:_____ Barrio:_____

USO UNICAMENTE PARA FECARVAL

Proceso de Retención:_____
Fecha de Recibido: _____ Quien Recibe: _____
Vo. Bo Gerencia: _____