



FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

RELACION DE INGRESOS Y DESCUENTOS MENSUALES

ENTIDAD QUE ADMINISTRA: _____ TELÉFONO: _____

UNIDAD DE SERVICIO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL ASOCIADO(A): _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. _____

TIPO DE CONTRATO: INDEFENIDO TERMINO FIJO SERVICIOS

FECHA DE INICIO:

| | | |
|-----|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|

 FECHA DE VENCIMIENTO:

| | | |
|-----|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:

| | | |
|-----|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|

INGRESOS

Salario Básico Mensual: _____

Auxilio de Transporte: _____

Incremento Trabajo Nocturno: _____

Otros Factores Salariales: _____

EGRESOS

Seguridad Social (Salud y Pensión): _____

FEBIFAM Aportes Sociales: _____

FEBIFAM Febisuerte: _____

FEBIFAM Ahorro Programado: _____

FEBIFAM Servicios de Solidaridad: _____

FEBIFAM Cuotas de Préstamos: _____

Alimentación: _____

Cooperativa: _____

Sindicato: _____

Otros: _____

TOTAL EGRESOS: \$ _____

Dada en: _____ A los _____ días del año: _____

Firma Pagador Jefe de Nómina _____

Nombre Pagador Jefe de Nómina _____

Teléfono de Contacto _____