



# 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 mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma Pagador Jefe de Nómina \_\_\_\_\_

Nombre Pagador Jefe de Nómina \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto \_\_\_\_\_