

RADICACIÓN:

FECHA DE RADICACION

DÍA	MES	AÑO

AUTORIZACION DE DESCUENTO

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE DOCUMENTO:	<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E.	NÚMERO:	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:
TELÉFONO RESIDENCIA:	TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO OFICINA Y EXT:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
EMPRESA:	DEPENDENCIA:	CARGO:	

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

AUTORIZO AL PAGADOR PARA DESCONTAR POR NÓMINA MENSUALMENTE, POR CONCEPTO DE _____ LA SUMA DE \$ _____ (VALOR EN LETRAS) _____ DURANTE _____ CUOTAS.

MANDATO: Con base en el acuerdo solidario encargo expresamente al Fondo de Empleados de Colsanitas Fecolsa para que a mi favor adquiera, a cualquier título, el (los) bien (es) y/o servicio(s) que se indica(n) en esta solicitud y en general todos aquellos que proporcionen bienestar al (la) suscrito (a) y su grupo familiar y a ello se compromete gratuitamente el Fondo con la aceptación expresa o tácita de este mandato.

*Corporativos: planes de uso masivo.

FIRMA DEL ASOCIADO :

C.C :

De:

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO :