

RADICACIÓN N°:
CIUDAD:



FECHA DE SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO

## FORMATO DE AUTORIZACIÓN DÉBITO BANCARIO.

### 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 RESIDENCIA:
TELÉFONO RESIDENCIA:	TELÉFONO CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:	

### 2. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD BANCARIA

BANCO:	TIPO DE CUENTA:	NUMERO DE CUENTA:	CIUDAD:	SUCURSAL:
	<input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE			

### 3. INFORMACIÓN LEGAL

Autorizo a la entidad bancaria para que debite de mi cuenta y abone a la del Fondo de Empleados de Colsanitas, FECOLSA, los fondos necesarios para pagar a esta mis obligaciones económicas por concepto de aportes, créditos, intereses, sanciones y las demás de que sea deudor.

El valor a debitar será el informado periódicamente por la beneficiaria Fondo de Empleados de Colsanitas, FECOLSA a la entidad bancaria acá autorizada.

Asumo como no pagada una cuota cuando no existan fondos suficientes para atender el pago correspondiente y eximo a la entidad bancaria de cualquier responsabilidad por las consecuencias frente al beneficiario por esta razón.

La presente autorización tiene vigencia mientras no les comunique instrucciones en contrario.

FIRMA: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

HUELLA

Autorice su débito bancario, para que se haga efectivo a partir del mes siguiente.

Mayores informes en el teléfono 6466122.