

Me permito informar a FONDEXXOM que realizaré en forma mensual con pago por caja a partir del mes de _____ del 20____ la suma de \$_____ por concepto Plan de Ahorro Programado durante _____ meses.

Valor mínimo 5% SMMLV (\$45.500) y máximo 2 SMMLV (\$1.800.000)
Plazo mínimo 12 meses

Declaro que conozco y acepto el reglamento del Plan de Ahorro Programado y la tasa vigente a la fecha.

NOMBRE: _____

C.C. No. _____

FIRMA: _____