

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:** \_\_\_\_\_