

Me permito autorizar a FONDEXXOM para descontar de mi nómina mensual y a partir del mes de _____ del 20____ la suma de \$_____ por concepto del 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: _____