

NÓMINA

CAJA

Me permito autorizar al **FONDO DE EMPLEADOS FONDEXXOM** para descontar mensualmente a partir del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ la suma de \$ \_\_\_\_\_ por concepto del Plan de Ahorro Programado durante \_\_\_\_\_ meses.

**Valor mínimo: 5% SMMLV (\$58.000). Valor máximo: 2 SMMLV (\$2.320.000) - Plazo mínimo: 12 meses**

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

COMPAÑÍA \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_

CÉDULA \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_

*Firma*

**Nota:** El no pago consecutivo de 2 cuotas mensuales ocasionará la cancelación del ahorro.

**DOCUMENTO CONTROLADO**