



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 (\$87.000). Valor máximo: 2 SMMLV (\$3.501.900) - 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