



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE ROL DE PAGOS

Yo, _____,
con cédula de ciudadanía No. _____, en mi calidad de Servidor
Público, Funcionario, Empleado, Trabajador u Otro, de Fuerzas Armadas en: Fuerza o
Entidad Patronal: _____ Reparto / Unidad:
_____, Sección: _____.

Como afiliado desde: mes año

Declaro expresamente que estoy afiliado al Fondo Complementario Previsional Cerrado de los Empleados Civiles de las Fuerzas Armadas "CAPREMCI", y como tal he venido recibiendo los beneficios que el Fondo otorga.

Por lo tanto, AUTORIZO e INSTRUYO expresa, irrevocable e indefinidamente, a mi empleador _____ que proceda con el descuento de mi Remuneración u Otros Ingresos, los valores correspondientes a las Aportaciones, Cuotas de Préstamos, Intereses de mora, Acreditaciones Indevidas, Prestaciones, Servicios Recibidos, o por cualquier otra obligación que mantengo (a) con el Fondo Complementario Previsional Cerrado de los Empleados Civiles de las Fuerzas Armadas "CAPREMCI", hasta su total cancelación, sea en calidad de afiliado, deudor y o garante solidario.

Acepto expresa e irrevocablemente que cualquier variación al porcentaje de aportación me será comunicada a través de los Delegados a la Asamblea General, o por cualquier otro medio que el Fondo defina para el efecto.

En, a los días del mes de del 2.....

Declaro que la firma que estampo en este documento es la mía propia y que la utilizo en todo acto publico o privado.

Atentamente,

AFILIADO: