

FONDO DE EMPLEADOS "FEMGED"

NIT. 900.569.822 - 5

AUTORIZACION DESCUENTO DE NOMINA

Nombre y Apellidos: _____

Edad _____ Años Cargo: _____

N° Identificación _____ Salario Basico \$ _____

Dirección: _____ Telefono: _____

Fecha Ingreso a la compañía	Día	Mes	Año	Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
-----------------------------	-----	-----	-----	----------------------	-----	-----	-----

Ibague,

Señor (a)

Gerente

COMPAÑIA _____

NIT _____

Ciudad

Atento saludo,

Por medio de la presente autorizo se descuenta de mi salario mensual basico a favor del Fondo de Empleados - FEMGED, los siguientes valores

1. Un descuento unico por Afiliación equivalente a un (25%) de 1 día del salario mínimo legal vigente, ajustado al multiplo del mil siguiente. en el mes de _____.

2. Mensualmente como mínimo el _____ % de mi Salario Mensual Básico ajustado al multiplo de mil siguiente, equivalente a, \$ _____, , como aporte permante, a partir del mes de _____.

FIRMA: _____

C.C.: _____