



AUTORIZACION DE DESCUENTO POR NOMINA

Nombre Asociado: _____ CC. _____

Dirección residencia: _____ Ciudad: _____

Tel: _____ Cargo Laboral: _____

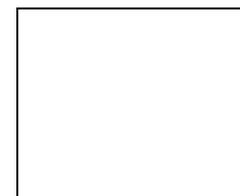
Valor de la POLIZA \$ _____

Autorizo a CORPORATIVOS para que descuente de mi salario el valor de la Póliza en mención por concepto de CREDIPOLIZA, en el siguiente número de Cuotas (Marcar con un (X)):

Contado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

De ser aceptada mi solicitud, en mi condición de trabajador autorizo expresamente al empleador (SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACION; FEPASDE PRODUCTOS Y SERVICIOS S.A.; AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA; FFEPASDEABOGADOS S.A.S) descontar de mi salario mensual la suma correspondiente, para que dicho descuento sea abonado al crédito otorgado por Cooperativa de Trabajadores del Grupo Corporativo S.C.A.R.E. Hasta cubrir el total de la obligación con la cooperativa. Es entendido que en el evento de no efectuarse el descuento por nomina conforme a la autorización aquí otorgada, me obligo a realizar los pagos mensualmente de dichas cuotas mediante consignación en la cuenta corriente que se me indique. Igualmente autorizo de manera permanente e irrevocable al empleador para que una vez termine mi contrato de trabajo, el valor correspondiente a la liquidación de mis salarios, salario integral, sobresueldos, prestaciones sociales, descansos obligatorios remunerados, vacaciones, indemnizaciones, bonificaciones legales y extralegales, premios, bonos, contratos accesorios, primas de éxito, técnicas, de vacaciones, compensaciones, o cualquier otro pago a mi favor presente o futuro, derivado de la relación laboral, sea destinado al pago del saldo insoluto de las obligaciones que he contraído a favor de la Cooperativa de Trabajadores del Grupo Corporativo SCARE cuya sigla es "CORPORATIVOS", girando a esta empresa los dineros por el monto que la misma defina.

FIRMA DEL ASOCIADO
NOMBRE DEL ASOCIADO
CC. No. Teléfono



Huella del Asociado