

**AUTORIZACION DE
DESCUENTO**

1) AL EMPLEADOR. (Información, descuentos por nómina, pignoración, descuento de la liquidación final del contrato laboral).

Autorizó irrevocablemente a **FARMA DE COLOMBIA S.A.S**, y en caso de sustitución patronal con posterioridad entre cualquiera de las empresas filiales o matrices de **FARMA DE COLOMBIA S.A.S**, a las vinculadas y/o adscritas, de acuerdo al concepto de la unidad de empresa, para que por medio del respectivo Departamento de Recursos Humanos o quién haga las veces suministre al FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA la información personal que reposa en la documentación física o base de datos en concordancia lo dispuesto en la ley 1266 de 2008, con los propósitos de actualizar o complementar la información requerida para diligenciar el formato de vinculación a dicho Fondo de Empleados y cumplir mis obligaciones estatutarias y reglamentarias, haciendo parte de tal información la relativa a mi remuneración laboral, la cuenta bancaria de nómina, las referencias familiares y personales vigentes, la cual podrá ser utilizada en procesos de cobro de cartera a favor del Fondo de Empleados y demás gestiones a realizar por parte de este.

Del mismo modo, autorizo irrevocablemente a **FARMA DE COLOMBIA S.A.S** para descontar mensualmente de mi salario, como compromiso económico permanente obligatorio mensual, la cuota correspondiente a mi afiliación al mencionado fondo de Empleados en el valor equivalente al porcentaje señalado en el formato de afiliación, el cual le he dado a conocer a mi empleador. (El porcentaje debe ser máximo el 10% y mínimo el 3%), así como a deducir sin restricción alguna por cualquier concepto de mi remuneración periódica las cuotas de obligaciones crediticias que llegare a contraer con el Fondo de Empleados, según los planes de amortización expedida, así como los demás servicios, sanciones, daños, cláusulas aclaratorias, cuentas de cobro, cuotas por pólizas de cualquier clase de seguros y cualesquiera otra a mi cargo establecidos por el estatuto y demás reglamentos internos del FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA hasta completar su pago total, sumas de dinero que deberán ser trasladadas por **FARMA DE COLOMBIA S.A.S** al Fondo de Empleados.

En caso de retiro de la empresa, por cualquier causa o motivo, autorizo a **FARMA DE COLOMBIA S.A.S**, por medio del Departamento de Recursos Humanos, o quién haga las veces de pagador, para deducir sin restricción alguna las sumas de dinero a que haya lugar por cualquier concepto de deuda, así esta no se encuentra vencida o en mora, sanciones, cuotas de pólizas, daños y cuentas de cobro, etc., de la totalidad de mis salarios prestaciones sociales tanto legales como extralegales y subvenciones económicas a que tenga derecho, y hasta por el total de los saldos de todas las obligaciones por mi contraídas con el Fondo de Empleados para pagar o amortizar la deuda y autorizo asimismo a la empresa para entregar una copia de mi liquidación laboral al FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA. Por lo tanto, a la terminación del contrato, queda PIGNORADO el valor de mis salarios, prestaciones sociales, compensación en dinero de las vacaciones, indemnizaciones y demás acreencias laborales a favor del FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA y también autorizo a mi empleador expresamente para girar el valor que corresponda al FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA.

Firma Asociado:

Nombre:

Identificación:

