



**FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA
AUTORIZACION DESCUENTO SERVICIOS**

Autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA**, para que a través del departamento de Nómina de la empresa para la cual laboro, **FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA**, deduzca de mi salario el valor correspondiente al servicio contratado ante terceros a través del Fondo de Empleados, igualmente en caso de terminación del contrato de trabajo suscrito con dicha entidad, se deduzca de los salarios, prestaciones sociales y/o indemnizaciones a que tenga derecho, el saldo que por este concepto llegare a resultar, en mi contra a la fecha de retiro, incluyendo intereses moratorios, costo de cobranza, y gastos de juicio si a ello hubiere lugar.

SEGURO DE VIDA
MEDICINA PREPAGADA
TELEFONIA CELULAR
ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA
MEDICINA PREPAGADA MASCOTAS

La tarifa será descontada mes vencido, y esta será de acuerdo a las condiciones colectivas contratadas y de renovación anual.

Me fundo en lo impuesto por el Art.149 del Código Sustantivo de Trabajo.

Atentamente,

FIRMA
NOMBRE _____
CEDULA _____