

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR CONVENIOS FONALIANZA****F-FLZ002**

**FECHA DE LA SOLICITUD** DD/MM/AA

**NOMBRE ASOCIADO** \_\_\_\_\_

**CÉDULA No.** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL CONVENIO** \_\_\_\_\_

**VALOR DEL CONVENIO** \$ \_\_\_\_\_

**VALOR DE LA CUOTA** \$ \_\_\_\_\_ \*

**No. DE CUOTAS** \_\_\_\_\_

**\* PARA SER DILIGENCIADO POR EL FONDO**

Recibí de **FONALIANZA el producto o servicio por el valor** arriba señalado, por medio del convenio a través de sus proveedores. Autorizo expresamente a \_\_\_\_\_ para que me descuente de los ingresos que percibo por concepto de salario, compensaciones, honorarios o cualquier ingreso, para cubrir la obligación que genere este convenio. Lo autorizo así mismo, en caso de perder mi calidad de asociado por cualquier causa, para que cruce el saldo insoluto del valor del convenio con cualquier suma de dinero que me pueda corresponder como liquidación definitiva de las prestaciones sociales, compensaciones ordinarias y extraordinarias, honorarios y en general cualquier acreencia a mi favor incluidos los aportes sociales, los ahorros permanentes y voluntarios que posea en el Fondo de Empleados al momento de mi retiro.

Así mismo, manifiesto que autorizo a FONALIANZA para que realice el descuento del valor de la cuota pactada en el momento, así como también para que la misma sea actualizada de acuerdo con las políticas de la entidad que oferta el servicio adquirido, como lo son los planes exequiales, seguros de vida, entre otros.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL ASOCIADO**\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASOCIADO**  
C.C.**ESPACIO EXCLUSIVO PARA DILIGENCIAMIENTO POR FONALIANZA****APROBADO:** SI  NO **OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_**APROBADO POR:** \_\_\_\_\_**FECHA:** DD/MM/AA

Elaborado por: PAG/FLZ

Aprobado por: MAD/FLZ

Versión: 02

Fecha: 25/06/19