

**FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO EMPRESARIAL AGROAVICOLA "FONDEA"****Nit. 890.323.723-2**
ORDEN DE SERVICIOCódigo : FO-GR-08
Versión: 4
Fecha de Edición
19 de Enero de 2024

DD MM AAAA

SOPORTE CONTABLE:

N° ORDEN DE SERVICIO:

DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRE Y APELLIDOS:

CÉDULA DE CIUDADANÍA:

DE:

CELULAR:

CIUDAD:

DIRECCIÓN:

EMPRESA DONDE LABORA:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

TIPO DE SERVICIOSOAT REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA PÓLIZA DE VEHÍCULO

NOMBRE PROPIETARIO TARJETA PROPIEDAD:

N° TARJETA DE PROPIEDAD:

N° DE SOAT:

N° PLACA:

OTROS SERVICIOSTECNOLOGÍA Y CELULARES ÓPTICAS PÓLIZA FUNERARIA PLAZO MESES CRÉDITO: ALMACENES PÓLIZAS DE VIDA KUPI OTRA cual?:**AUTORIZACIÓN**El fondo de empleados FONDEA autoriza realizar compras por un valor de \$ **VALOR EN LETRAS:**

NOTA: Autorizo la renovación automática de la presente póliza: Vehículo, | Vida, | Funeraria | La cual estoy tramitando y autorizo el futuro cargue de ésta obligación en mi estado de cuenta de los periodos correspondientes en la póliza. Yo como deudor, autorizo al Fondo de Empleados del Grupo Empresarial Agroavícola **Fondea** a deducir de mi salario o cualquier otra suma causada a mi favor, las cuotas periódicas que de acuerdo con el Fondo de Empleados Fondea, he pactado para amortizar las obligaciones contraídas y los intereses y gastos que estas generen. Así mismo autorizo para que en caso de mi retiro de la empresa _____, Deduzcan de mi salario incapacidades, vacaciones, prestaciones sociales, indemnizaciones, o cualquier otra suma causada a mi favor, la totalidad de los valores que adeude en ese momento al Fondo de Empleados Fondea (Art. 149 numeral 1; artículo 150 CST). Los descuentos aquí autorizados serán entregados en su totalidad al Fondo de Empleados Fondea. De igual manera autorizo al Fondo de Empleados Fondea para consultar en la central de riesgos en caso necesario y reportar mi información comercial en cualquier base de datos. También autorizo para que el Fondo de Empleados Fondea realice pago por medio de transferencia al proveedor _____, por la prestación de este servicio el cual será cargado a mi cuenta.

SOPORTES PAGARÉ CARTA DE INSTRUCCIONES LIBRANZA C.C.

NOMBRE ASESOR RESPONSABLE

OBSERVACIONES:

FIRMAS AUTORIZADAS Y SELLO DE LA EMPRESA

FIRMA ASOCIADO

HUELLA INDICE DERECHO

Nota: Formato completamente diligenciado en tinta color negro - no debe tener tachones - ni enmendaduras - letra legible e imprenta.