|  |  |
| --- | --- |
| Bogotá D.C., | |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo para que sea descontado de mi nómina la suma de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por concepto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  |  |
| Este descuento se hará en | | |  | Mensualidad(es) de | |  | | | | | |
|  | | | | | pesos M/Cte. ($ | |  | ) cada una | | | |
| a partir del |  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| En caso de terminación del contrato de trabajo, por cualquier causa, autorizo descontar de mis prestaciones sociales la suma del saldo insoluto que exista a la fecha. |  |

Si el valor de la deuda es mayor a las prestaciones sociales, me comprometo a firmar un pagaré con espacios en blanco con carta de instrucciones a favor de la compañía o a quien represente sus derechos.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Firma del Empleado**  **CC.** |  | **Autoriza** |  |