

!!! ES MUY FACIL DILIGENCIAR TU CREDIYÁ !!!

SIGUE ESTOS PASOS...

Marcar con "X" la opción que corresponda

Nombre del Asociado

Número de Cédula

Valor del crédito que solicita en número.

Número de cuenta bancaria.

Correo personal y teléfono.

Uso exclusivo de FESOL

FONDO DE EMPLEADOS DE SUPERTIENDAS Y DROGUERÍAS OLÍMPICA S.A.
"F E S O L"
AUTORIZACION DE ESCUENTO

CREDIYÁ CUPO ROTATIVO

Ciudad y Fecha _____

Yo _____, identificado(a) con C.C. No. _____, autorizo a _____ para que descuente de mi salario el valor de _____ (\$ _____) con destino al FONDO DE EMPLEADOS DE SUPERTIENDAS Y DROGUERÍAS OLÍMPICA S.A. "FESOL", por concepto de crédito, en _____ (____) cuotas sucesivas quincenales a partir de la siguiente quincena al otorgamiento de este crédito.

Así mismo informo que me pueden realizar una consignación por el monto del crédito a mi cuenta de ahorros número _____ del banco _____.

De igual manera, para que se descuente, una vez terminado mi Contrato de Trabajo, el saldo insoluto de esta autorización, con cualquier suma de dinero que corresponda a mi liquidación final de Prestaciones Sociales e Indemnizaciones de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes.

Dir. Residencia: _____
E- Mail: _____ No Celular: _____

Firma: _____
C.C. No.: _____
Negocio: _____

Vo. Bo. FESOL

Ciudad (día/mes/año)

Nombre de la empresa a la cual esta vinculado.

Valor del crédito que solicita en letras.

Plazo del crédito en letras.

Nombre del banco
Ej: Bancolombia

Dirección del asociado

RECUERDA QUE TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS



FONDO DE EMPLEADOS DE SUPERTIENDAS Y DROGUERÍAS OLÍMPICA S.A.
"F E S O L"
AUTORIZACION DE ESCUENTO

CREDIYÁ CUPO ROTATIVO

Ciudad y Fecha _____

Yo _____, identificado(a) con C.C. No. _____, autorizo a _____ para que descuente de mi salario el valor de _____ (\$ _____) con destino al **FONDO DE EMPLEADOS DE SUPERTIENDAS Y DROGUERÍAS OLÍMPICA S.A. "FESOL"**, por concepto de crédito en _____ (____) cuotas sucesivas quincenales a partir de la siguiente quincena al otorgamiento de este crédito.

De igual manera autorizo cancelar con la prima legal y extralegal de Junio y Diciembre de cada año; todos los valores no descontados por efecto de mínimo vital.

Así mismo autorizo, para que se descuente, una vez terminado mi Contrato de Trabajo, el saldo insoluto de esta autorización, con cualquier suma de dinero que corresponda a mi liquidación final de Prestaciones Sociales e Indemnizaciones de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes

Por último, informo que me pueden realizar una consignación por el monto del crédito a mi cuenta de ahorros número _____ del banco _____.

Dir. Residencia: _____
E- Mail: _____ No Celular: _____

Firma: _____
C.C. No.: _____
Negocio: _____

Vo. Bo. FESOL