



FECOSBA
¡Unidos logramos más!

Cra. 5 No. 33B-80
Cel.: 3144653456
Tel. 3207660
Nit.: 800.085.664-7
www.fecosba.com.co

Bogotá D.C. __ de _____ de 20__

Señores:
FECOSBA
Fondo de Empleados
Ciudad

Apreciados Señores:

Autorizo que a partir de la nómina del mes _____ me sea descontado el valor de \$_____ (_____) por concepto de ahorro permanente, correspondiente al ____% de mi salario mensual.

Agradezco la atención prestada a la misma

Cordialmente,

Nombre: _____

Empresa: _____

Firma: _____

Dependencia: _____

C.C. _____