

AUTORIZACIÓN DESCUENTO PAGO DE MEDICINA PREPAGADA



FECHA Y LUGAR DE DILIGENCIAMIENTO

D	M	A	CIUDAD:
---	---	---	---------

Señores
PAGADURÍA EMPRESA
Bogotá, D.C.

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo, , identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. expedida en , asociado(a) a **FESOLUCIÓN - FONDO DE EMPLEADOS DE OPERADORES DE SERVICIOS LOGÍSTICOS**, en forma voluntaria, libre y espontánea, **AUTORIZO** a la **PAGADURÍA DE LA EMPRESA** de la que depende mi vínculo laboral, para que mensualmente descuente de mi salario y valores a mi favor de nómina, hasta que permanezca mi vínculo con el servicio de **MEDICINA PREPAGADA** contratado con , o con **FESOLUCIÓN**, o hasta nueva orden, la suma de \$, y a la vez se traslade este valor a **FESOLUCIÓN**.

Plan de Medicina Prepagada a nombre de , con CC No. de , parentesco .

- ☒ **Autorizo realizar estos pagos** incluyendo los incrementos anuales que se efectúen al plan de Medicina Prepagada al que nos encontremos vinculados. Me comprometo a verificar que se realice el descuento por la patronal y se traslade a **FESOLUCIÓN**; en caso de no haberse efectuado el descuento, me obligo a cancelarlo oportunamente y de manera directa ante **FESOLUCIÓN**.
- ☒ Exonero a **FESOLUCIÓN** de cualquier responsabilidad distinta a la de recibir el pago correspondiente al servicio contratado.
- ☒ De acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, autorizo expresamente a **FESOLUCIÓN** y a la **PAGADURÍA DE LA EMPRESA** para que realicen el tratamiento de mis datos personales con la finalidad de efectuar los descuentos, registros contables, reportes y demás trámites administrativos necesarios para la correcta ejecución del presente acuerdo. Entiendo que tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos conforme a la normatividad vigente.

DATOS Y FIRMA DEL DECLARANTE:

Nombre y Apellidos:

N° ID: de Celular:

Correo electrónico personal:

Firma