



FONDO DE EMPLEADOS DE
COMFENALCO SANTANDER

EDICION: 1

CODIGO:
FT-DIS.AHORRO-01

FORMATO DISMINUCION DE AHORROS

Fecha:	DIA ____ MES ____ AÑO ____
--------	----------------------------

ASOCIADO: _____

No. Documento: _____ **Dependencia:** _____

Señores:

FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO SANTANDER

Acomfenalco Ltda.

Yo _____, deseo disminuir el valor correspondiente al **AHORRO** a un monto de \$ _____, y autorizo que este sea descontado por nomina a partir del mes de _____.

Cordialmente,

Firma del Asociado: _____

Le recordamos que el Fondo de Empleados de Comfenalco Santander- Acomfenalco Ltda.- tiene una Política de tratamiento de la Información personal, la cual podrá consultar enviando una solicitud al correo electrónico acomfenalcoltda@yahoo.com o en nuestro punto de atención al personal ubicado en la carrera 31 # 51 – 74 edificio Torre Mardel oficina 505.



FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO
SANTANDER

EDICION: 1

CODIGO:
FT-DIS.AHORRO-01

FORMATO DISMINUCION DE AHORROS

Fecha:	DIA ____ MES ____ AÑO ____
--------	----------------------------

ASOCIADO: _____

No. Documento: _____ **Dependencia:** _____

Señores:

FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO SANTANDER

Acomfenalco Ltda.

Yo _____, deseo disminuir el valor correspondiente al **AHORRO** a un monto de \$ _____, y autorizo que este sea descontado por nomina a partir del mes de _____.

Cordialmente,

Firma del Asociado: _____

Le recordamos que el Fondo de Empleados de Comfenalco Santander- Acomfenalco Ltda.- tiene una Política de tratamiento de la Información personal, la cual podrá consultar enviando una solicitud al correo electrónico acomfenalcoltda@yahoo.com o en nuestro punto de atención al personal ubicado en la carrera 31 # 51 – 74 edificio Torre Mardel oficina 505.