



# AUTORIZACIÓN DESCUENTO PROVEEDORES

Version No. 2  
Fecha. Sept 2024

DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

**NOMBRES Y APELLIDOS**

**CÉDULA**

**CELULAR**

**NOMBRE DEL PROVEEDOR**

**VALOR**

**CANTIDAD**

**PLAZO EN MESES**

\$

**APROBACIÓN (uso exclusivo Gerencia y/o Junta Directiva FIC)**

Yo, como trabajador de Incauca S.A. o Filial, autorizo a Incauca S.A. o Filial, deducir de mi salario para ser aplicado a dicha amortización el valor de la cuota mensual fijada para la total amortización del préstamo y acreditar los intereses al Fondo de Empleados de Incauca. Si dejara de estar al servicio de Incauca S.A. o Filial por terminación del contrato de trabajo o por cualquier causa, autorizo a Incauca S.A o Filial, para deducir de mis prestaciones sociales correspondientes señaladas en la Ley y/o de las indemnizaciones correspondientes, la totalidad o el saldo de la obligación que estuviera pendiente para ser aplicado exclusivamente al valor del crédito. Artículo 85 Decreto 1589 de la Legislación Cooperativa.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASOCIADO**

**FIRMA Y FECHA DEL REGISTRO EN FIC**