

**FONDO DE EMPLEADOS DE INCAUCA****AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO**

DÍA

MES

AÑO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

FICHA

EXTENSIÓN  
OFICINA

NOMBRE PROVEEDOR

CÉD./NIT.

DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO

PLAZO EN MESES

VALOR

\$

OBSERVACIONES

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: \_\_\_\_\_

NO. CÉDULA: \_\_\_\_\_