 <b>FONAVIEMCALI</b> <i>De la mano hacia el futuro</i>	<b>FORMATO LIBRANZA PARA APORTES</b>	<b>Código:</b>	F-SF011
		<b>Versión:</b>	1
	<b>GESTIÓN SERVICIOS FINANCIEROS</b>	<b>Fecha:</b>	31/10/2014

Fecha \_\_\_\_\_

Libranza No \_\_\_\_\_

**SEÑORES:**

**EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI E.I.C.E. E.S.P.**  
**Depto. de Gestión laboral**  
**Área funcional de Nomina**

**ASUNTO: APORTES**

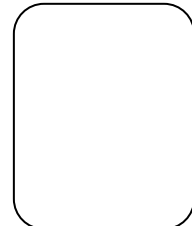
YO, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo expresa e irrevocablemente para que, de mi salario, bonificaciones, prestaciones sociales, o de cualquier suma de dinero que se vaya generando a mi favor, me sean descontados en número de cuotas indefinidas Quincenales correspondientes al \_\_\_\_% de mi salario básico devengado, para el pago de mis aportes en cumplimiento del compromiso adquirido como asociado de **EL FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI**. Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a **LAS EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI E.I.C.E. ESP**, para que las sumas descontadas quincenalmente en los términos aquí establecidos sean giradas y entregadas en forma quincenal **AL FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI**, dentro del término fijado para tal efecto. Si **LAS EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI E.I.C.E. E.S.P.** no descuenta el valor de las cuotas quincenales del respectivo aporte y ahorro, no quedo exonerado de la responsabilidad de pagar la cuota quincenal y me comprometo a efectuar el pago a través de consignación en la cuenta que para el efecto este autorizada y entregar en las instalaciones del **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI**, el recibo de consignación que soporta el pago de aquellos valores no descontados por mi empleador.

Autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI** para que se modifique el valor a descontar por aportes y ahorros cada que exista una variación en mi salario básico devengado como trabajador de **LAS EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI E.I.C.E. E.S.P**; igualmente autorizo entregar información laboral al **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI**, a través de cualquier medio; Declaro que conozco los compromisos y deberes de asociación y su aceptación para lo cual me acojo a ellos incluso asumiendo que la empresa solo es un canal de pago.

Atentamente,

FIRMA: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal  
**FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS MUNICIPALES DE CALI**