



**FONDO DE EMPLEADOS DE INTEGRAL - FEDIN**  
**890.984.824-3**  
**LIBRANZA**

SEÑORES

\_\_\_\_\_

ASUNTO: Libranza

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado con 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 \_\_\_\_\_ cuotas quincenales por valor de \$\_\_\_\_\_ para el pago del crédito que soy deudor ante FEDIN, aún en el evento de encontrarme disfrutando de vacaciones o licencias.

Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a \_\_\_\_\_, para que las sumas descontadas quincenalmente en los términos aquí establecidos sean giradas y entregadas en forma quincenal al FEDIN dentro del término fijado para tal efecto, amortizando de esta forma el crédito que me fue concedido. Si mi empleador no descuenta y no paga a FEDIN el valor de las cuotas quincenales del respectivo crédito, no quedo exonerado de la responsabilidad de pagar las cuotas quincenales y eventuales intereses por mora.

También autorizo al \_\_\_\_\_ a descontar de mi salario, sueldo, bonificaciones, prestaciones sociales e indemnizaciones a que tengo derecho, las cuotas que se estén adeudando si se llegare a terminar mi contrato de trabajo por cualquier causa.

Declaro que conozco el reglamento del crédito otorgado y su aceptación para lo cual me acojo a ellos incluso asumiendo que la empresa solo es un canal de pago.

Cordialmente,

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

C.C: \_\_\_\_\_

