

7

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO  
POR PAGADURÍA**

Oficina <b>Santa Marta</b>	Código de la Pagaduría <b>47280</b>	Fecha (DD/MM/AAAA) <b>31/01/2019</b>
-------------------------------	--	---

**Información de la Pagaduría**

Nombre de la Pagaduría <b>UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA</b>	Nit de la Pagaduría <b>891780111-8</b>
Nombre del Pagador de la Entidad <b>RONALD ROJAS DUICA</b>	Cargo del Pagador <b>PAGADOR</b>

Yo GLORIA HELENA FIERRO RIVAS, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 32697737 en mi calidad de EMPLEADO ACTIVO de esta entidad en mi calidad de Asociado de la Cooperativa de los Profesionales "COASMEDAS", con Personería Jurídica reconocida por resolución No.01267 de Agosto de 1962 y Nit 860014040-6 de conformidad con lo estipulado en los artículos 150 y 344 del Código Sustantivo de Trabajo, autorizo a la UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA expresamente para que a partir de la fecha, del sueldo que devengo y con destino a COASMEDAS se retenga en forma mensual e ininterrumpida los siguientes montos por producto:

**Valores a descontar por producto**

Aportes y fondos	Valor total a descontar mes	Aportes	Fondo de Solidaridad
	\$ 0	\$ 0	\$ 0

El valor de los aportes se incrementará anualmente en un 8 % de acuerdo al S.M.M.L.V y permanecerá vigente hasta tanto no se presente desvinculación de la Cooperativa.

	No. de Obligación	Valor del Crédito (\$)	Valor de la Cuota (\$)	Número de Cuotas
Cartera	<b>343812</b>	<b>47.500.000</b>	<b>\$1.050.000</b>	<b>60</b>


El número de cuotas del crédito corresponde al plazo pactado.

	Número de Cuenta	Valor de la Cuota (\$)

Plan de Ahorro Creciente PAC	Número de Cuenta	Valor de la Cuota (\$)	Número de Cuotas

La autorización de descuento para el producto ahorros y pac estarán vigentes hasta tanto el asociado no presente la revocación por escrito

De igual manera autorizo para que en caso de mi desvinculación laboral de esa entidad se descuente prioritariamente de mis Prestaciones Sociales o de cualquier otro valor que tenga que pagarme, el saldo que me encuentre debiendo a COASMEDAS a esa fecha por concepto de créditos de acuerdo al pagaré que hoy suscribo a favor de la Cooperativa de Profesionales "COASMEDAS".

Firma y C.C. del Asociado  
  
**32697737**

**Aceptación del Pagador**

De acuerdo a la autorización de nuestro funcionario, identificado como aparece al pie de su firma y en calidad de pagador de la entidad en la cual se encuentra vinculado laboralmente manifiesto mi aceptación y me comprometo a efectuar los descuentos ordenados en el presente documento. Así mismo me comprometo a girar inmediatamente a COASMEDAS los valores descontados en caso de desvinculación laboral y me responsabilizo conforme a lo estipulado en el artículo 142 de la ley 79 de 1998. En señal de aceptación y compromiso firmo en la Ciudad de ..... a los ..... (.....) días del mes de ..... del año ..... (.....).

Firma del Pagador 	Sello de la Pagaduría
Dirección General Carrera 67 N° 100-20 Piso 7 PBX: (1) 5895600 Bogotá-Colombia Línea Azul 01 8000 910492 www.coasmedas.coop	