



COMPAÑÍA DE CAPITAL S.A.S
AUTORIZACIÓN DESCUENTOS POR
LIBRANZA EMPRESA CONVENIO

EMPRESA: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD _____

CORREO ELECTRONICO DE LA EMPRESA: _____

TELEFONO: _____ CEL: _____ NIT: _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

CEDULA DE CIUDADANIA: _____

FIRMA ACEPTACIÓN DESCUENTOS POR NÓMINA

REPRESENTANTE LEGAL: _____

Correo Electrónico Contacto Pago Libranzas : _____ Celular: _____

REGISTRO DE FIRMAS ELECTRÓNICAS

Autorización Firma de Libranzas:

_____ FIRMA 1	_____ Correo electrónico	_____ Número de celular propio
------------------	-----------------------------	-----------------------------------

_____ Nombre completo y número de identificación	_____ Cargo
---	----------------

_____ FIRMA 2	_____ Correo electrónico	_____ TELÉFONO
------------------	-----------------------------	-------------------

_____ Nombre completo y número de identificación	_____ Número de celular propio
---	-----------------------------------