|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **PROCESO DE GESTIÓN HUMANA** | | | | | | Código | | | GH-FR-1 | | |
| Versión | | | 2 | | |
| **AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA** | | | | | | Fecha | | | 14/03/2014 | | |
| Página **1** de **1** | | | | | |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA:** |  |  |  |  | | | | | | | | |  |
| **NOMBRE DEL FUNCIONARIO:** | | | |  | | | | | | | | |  |
| **CARGO:** |  |  |  |  | | | | | | | | |  |
| **VALOR DEL PRESTAMO $** | | | |  | | | | | | | | |  |
| **CONCEPTO:** | |  |  |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Si el concepto es parqueadero por favor indique las placas de su vehículo o motocicleta: | | | | | | | | | |  | | | |
| Si el concepto es gimnasio por favor indique la cantidad de meses por los que va tomar el servicio: | | | | | | | | | |  | | | |
| **CONSTANCIA DE RECIBO Y AUTORIZACIÓN** | | | | | | | | | | | | | |
| Recibí de la empresa la suma de dinero arriba señalada, en calidad de préstamo sin interés sobre mis salarios. Por lo anterior, autorizo expresamente al pagador UNIVERSITARIA AGUSTINIANA - UNIAGUSTINIANA, para que se me descuente de mis salarios de la siguiente forma: | | | | | | | | | | | | | |
| *Número de cuotas :\_\_\_\_1\_\_\_\_por valor de $ que serán descontadas en cada pago mensual, a partir de la fecha \_\_\_Agosto 2020\_\_\_\_, hasta el \_\_\_\_\_\_\_N/A\_\_.*  ***Observación: (el descuento para la donación es en solo una cuota en el mes de agosto de 2020)*** | | | | | | | | | | | | | |
| Autorizo, así mismo, para que compense, una vez terminado mi contrato de trabajo, el saldo insoluto del préstamo con cualquier suma de dinero que me corresponda en mi liquidación final de prestaciones, salarios e indemnizaciones, de conformidad con lo dispuesto para tal evento en los artículos 59, numeral 1 y 149 Inciso 1, del Código Sustantivo del Trabajo. | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE:** |  |  |  |  |  | *N° DE CAUSACIÓN:* | | |  |  |  |  |  |
| **C.C. No.** |  |  |  |  |  | *FECHA DE CAUSACIÓN:* | | | |  |  |  |  |
| **FIRMA:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *REVISADO NÓMINA:* | |  |  |  |  | *REVISADO TESORERÍA:* | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |