

RADICACION

Nombre _____
Empresa _____
Fecha _____FEF A-0009 -A
Pagina 1 de 2
Abril de 2015
Marzo 18 2019
Julio de 2019

Señores _____

E.S.M. _____

REF: Autorización de Descuento y Pago a Tercero

Yo _____, mayor de edad, domiciliado en _____, identificado con la cédula de ciudadanía número _____ de _____, por medio de la presente documento, informo que me he comprometido de manera libre, previa, expresa e irrevocable a pagar a favor del **FONDO DE EMPLEADOS DE EMPRESAS FALABELLA COLOMBIA – FONDEFAL-** a partir de _____, en _____ (número de cuotas) con periodicidad _____ (quincenal o mensual), cada una por valor de:

_____ pesos Moneda Corriente (\$) _____, para un valor total de

_____ (\$ _____), (incluido capital, intereses, seguro de vida deudores y otros conceptos); en consecuencia, autorizo para que de los pagos a realizarse por concepto de salarios, prestaciones, bonificaciones, indemnizaciones, honorarios, pensiones y/o de cualquier otro derecho pecuniario, me sean descontadas las obligaciones que consten en el estatuto, reglamentos, pagarés o cualquier otro documento por mi firmado a favor de **FONDEFAL**, y consignadas en la cuenta de _____ (ahorros ó corriente), número _____ del banco _____, a nombre del **FONDEFAL**, bajo las siguientes condiciones:

1. Los descuentos autorizados incluye los periodos de vacaciones y licencias.
2. Así mismo, autorizo al Empleador o Entidad pagadora, para que, en caso de terminación del vínculo contractual, me sea deducido de mis salarios, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, vacaciones, honorarios, mesada pensional y/o cualquier acreencia a la que tenga derecho, el saldo de la(s) obligación(es) que llegare a tener a mi cargo con el **FONDEFAL**.
3. Las obligaciones de retención a que se refiere el numeral inmediatamente anterior, no tendrán límite frente a las cesantías, primas, indemnizaciones y demás bonificaciones especiales, ocasionales o permanentes, que se causen a mi favor, todas las cuales quedan gravadas al **FONDEFAL** como garantía de las obligaciones contraídas para con éste. La retención sobre salarios podrá efectuarse a condición de que con éste y los demás descuentos permitidos por la ley laboral, no se afecte el ingreso efectivo en calidad de trabajador y pueda recibir no menos del cincuenta por ciento (50%) del salario (artículo 56 del Decreto Ley 1481 de 1989); para los demás casos de descuentos, se aplicarán las normas legales vigentes.
4. En el evento que el descuento por nómina de cualquiera de las cuotas no se pueda realizar total o parcialmente, por cualquier razón o motivo, tal hecho no exime de responsabilidad al(os) deudor(es) de realizar el pago oportuno a través de cualquier otro medio o canal a disposición (consignación cuenta bancaria del **FONDEFAL** ó pago en la oficina) asumiendo el(os) deudor(es) la carga de diligencia, consistente en la verificación de la efectividad del descuento autorizado.
5. Esta orden de descuento y pago, se extiende a nuevos empleadores, contratistas y/o pagadores, en caso de modificar el Empleador ó entidad pagadora, antes de terminar de pagar totalmente la obligación suscrita; para lo cual me comprometo en calidad de Beneficiario a informar dicho cambio, mediante escrito radicado en el Fondo de Empleados; sin perjuicio de que la simple autorización de descuento suscrita, faculte al **FONDEFAL** para solicitar a cualquier empleador o entidad pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de las obligaciones adquiridas. En el evento de presentarse el cambio de empleador o entidad pagadora, para efectos de determinar la prelación si se presentan varias libranzas, la fecha de recibo de la libranza será la del empleador o entidad pagadora original. (artículo 55 del Decreto Ley 1481 de 1989)
6. Para dar cumplimiento al numeral anterior, autorizo al **FONDEFAL** para solicitar información al empleador o pagador presente o futuro y/o a las entidades que manejan los sistemas de información de salud y/o pensiones, con el fin de conocer información de pagos por cualquier concepto y/o establecer mi localización, empleadores o entidades pagadoras.
7. En ningún caso, el empleador o entidad pagadora podrá cobrar o descontar cuota de administración, comisión o suma alguna por realizar el descuento o el giro de los recursos, so pena de ser objeto de una sanción pecuniaria equivalente al doble del valor total descontado, el cual le será aplicado por la autoridad correspondiente.
8. Todo empleador o entidad pagadora, persona natural, empresa o entidad pública estará obligada a deducir, retener y girar de las sumas de dinero que haya de pagar a mi favor, en calidad de asalariado, contratista, afiliado o pensionado, los valores que adeude al **FONDEFAL** para ser depositados a órdenes del Fondo de Empleados; La entidad pagadora descontará toda obligación que conste en los estatutos, reglamentos, pagaré o cualquier otro documento por mi firmado previamente. Las sumas retenidas a favor de **FONDEFAL** deberán ser entregadas o transferidas en las mismas fechas en que se efectúen los pagos respectivos a los trabajadores, contratista o pensionados. (artículo 55 del Decreto 1481 de 1989).
9. Si por culpa del retenedor no se hiciera la deducción, retención y giro a favor del **FONDEFAL**, será responsable ante el Fondo de Empleados de su omisión y quedaran solidariamente con el beneficiario, deudores ante el Fondo de Empleados de las sumas dejadas de entregar, junto con los intereses de la obligación contraída por el deudor (artículo 55 del Decreto 1481 de 1989)

Las materias y/o situaciones no reguladas en el presente documento, se resolverán aplicando las disposiciones legales vigentes para las entidades de la economía solidaria y, en subsidio, las previstas en el Código de Comercio para sociedades, siempre y cuando no se afecte la naturaleza de los fondos de empleados, ni su carácter de no lucrativos.

INFORMACION Y FIRMA DEL BENEFICIARIONOMBRE: _____
CEDULA: _____
DIRECCION: _____
TELEFONO: _____
CORREO PERSONAL: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO

ACEPTACION Y FIRMA DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORANOMBRE DE LA ENTIDAD: _____
NIT.: _____
TELEFONO: _____
DEPENDENCIA: _____
CORREO ELECTRONICO: _____

FIRMA Y SELLO EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA