

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO
AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM**

Señores
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
Coordinación de Descuentos de Pensionados
Ministerio de Defensa Nacional
Grupo de Prestaciones Sociales

Ref. Autorización Descuento Nómina

Yo _____ identificado con número de cedula
_____ de _____ autorizo al pagador _____ me sea
descontado de mi asignación básica de retiro el valor del aporte mensual equivalente al ____ % correspondiente
a la afiliación a la Caja de Compensación Familiar Cafam; descuento que se realizará durante la vigencia del
convenio, el cual tiene duración de un año a partir de la fecha y se prorroga automáticamente.

FIRMA DEL AFILIADO

N° DE IDENTIFICACION

CODIGO DESPRENDIBLE DE NOMINA

Anexo: Fotocopia de Cédula y Desprendible de Nomina