



## AUTORIZACION DESCUENTO POR NOMINA

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a)  
con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_, autorizo al Fondo de Beneficio Común de los Empleados  
del Sena para que me descuente mensualmente de mi salario básico los  
conceptos y valores relacionados a continuación:

Aportes Obligatorios: dan la calidad de asociado al FBC (colocar porcentaje según  
lo establecido):

- \_\_\_\_\_ Del 3% al 10% con destino al Aporte Social y Permanente
- \_\_\_\_\_ Del 2% por una sola vez con destino al Fondo de Bienestar Social.

Ahorros Voluntarios: (colocar valor mensual en la(s) línea(s) de ahorro elegida(s))

- \_\_\_\_\_ Destino al Ahorro Navideño. (mínimo mensual \$10.000)
- \_\_\_\_\_ Destino al Ahorro Rentafondo. (mínimo mensual \$15.000)
- \_\_\_\_\_ Destino al Ahorro Educativo. (mínimo 1 día del SMMLV)
- \_\_\_\_\_ Destino al Ahorro Vacacional. (mínimo 1 día del SMMLV)

Servicios complementarios ofrecidos por el FBC: (colocar valor en la línea del  
servicio)

- \_\_\_\_\_ Servicio Funerario Exequial
- \_\_\_\_\_ Seguro Exequial
- \_\_\_\_\_ Seguro de vida voluntario
- \_\_\_\_\_ Medicina Prepagada
- \_\_\_\_\_ Emergencias Medicas
- \_\_\_\_\_ Planes Complementarios de Salud

Autorizo descontar cualquier concepto adicional por recargos o cuotas extras que  
se generen por los servicios

Nota: El valor de los servicios varía anualmente según el IPC o el porcentaje  
determinado por cada proveedor.

Agradezco su atención.

\_\_\_\_\_  
C.C.

Dependencia: \_\_\_\_\_

Regional: \_\_\_\_\_

Vº Bº \_\_\_\_\_ Grupo Gestión Humana