



Bogotá, D.C. \_\_\_\_\_

Señores  
**Fondo de Empleados de MAPFRE - FEMAP**  
Bogotá

Respetados Señores:

En calidad de trabajador de **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., SOLUNION SERVICIOS DE CREDITO, MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES S.A., CESVICOLOMBIA S.A., SOLUNIÓN S.A., CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE RE S.A., ANDIASISTENCIA S.A., MAPFRE O.R., INTERMAP Y FEMAP**, de la manera más cordial estoy autorizando a ustedes para realizar los respectivos descuentos con el Fondo de Empleados de MAPFRE – FEMAP correspondientes a los préstamos que por cualquier concepto sean otorgados a mi favor por dicho fondo.

Así mismo autorizo a ustedes pague, ante el evento de mi desvinculación laboral **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., SOLUNION SERVICIOS DE CREDITO, MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES S.A., CESVICOLOMBIA S.A., SOLUNIÓN S.A., CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE RE S.A., ANDIASISTENCIA S.A., MAPFRE O.R., INTERMAP Y FEMAP** por cualquier motivo, me sean descontados los saldos a mi cargo por concepto de cualquier deuda con FEMAP, del valor de mi liquidación ó cualquier otra acreencia laboral a mi Favor.

Atentamente,

Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_



Huella dactilar

Número de Identificación \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_