

**FONDO COMPLEMENTARIO PREVISIONAL CERRADO DE CESANTIA DE LOS SERVIDORES  
PUBLICOS DE CARRERA DE LA EPMAPS**

**INCREMENTO DE APORTE MENSUAL**

Yo, \_\_\_\_\_ con cedula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ En mi calidad de participe del FONDO COMPLEMENTARIO PREVISIONAL CERRADO DE CESANTIA DE LOS SEVIDORES PUBLICOS DE CARRERA DE LA EPMAPS y Servidor en la EPMAPS con código \_\_\_\_\_ Como afiliado desde \_\_\_\_\_

Declaro expresamente que estoy afiliado al FONDO COMPLEMENTARIO PREVISIONAL CERRADO DE CESANTIA DE LOS SEVIDORES PUBLICOS DE CARRERA DE LA EPMAPS, y como tal he venido recibiendo los beneficios que el Fondo otorga.

Por lo tanto, AUTORIZO e INSTRUYO expresa e irrevocablemente a mi empleador \_\_\_\_\_ que proceda con el descuento de mi remuneración u otros ingresos, los valores correspondientes a CUOTAS DE APORTES bajo la siguiente instrucción:

PORCENTAJE DESCUENTO MENSUAL POR CONCEPTO DE APORTE AL FONDO \_\_\_\_\_ %

En la ciudad de Quito, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ declaro que la firma que estampo en este documento es la mía propia y que la utilizo en todo acto público o privado.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Participe

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_