

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

DISMINUCIÓN 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 funcionario 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 _____