



Calle 44 No. 57A-30 Of. 201
PBX (I) 221 4000
Cel. 311 221 4000
Bogotá, D.C.
www.coserfin.co

Bogotá, D.C. _____ del año _____

Señores
PORVENIR S. A.
SEGUROS DE VIDA ALFA COMPAÑÍA ASEGURADORA
Pensiones y Cesantías
Ciudad

Respetados Señores:

Yo, _____ identificado(a) con
cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____,
en mi calidad de deudor(a) de COSERFIN S.A.S. con NIT 900.077.393-5, me permito
autorizar que de mi mesada pensional sean descontadas _____
(_____) cuotas mensuales por valor de \$ _____, a partir de la nómina de
_____, hasta completar la suma de \$ _____,
conforme a los compromisos adquiridos a través de la libranza No. _____,
suscrita por mí el día (_____) _____ del mes de _____
del año _____, a favor de COSERFIN.

Como constancia y aceptación de lo anterior, suscribo la presente autorización a los (_____) _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma	
Nombres y Apellidos	
C.C. No.	
Expedida en	
Dirección	Huella Dactilar Índice derecho
Teléfono	
Ciudad	