



Caja de Compensación Familiar del Chocó
COMFACHOCÓ
NIT: 891 600 091-8

LIBRANZA N° _____

Señor: _____

Cargo: _____

Entidad: _____

En nuestra condición de trabajadores de _____ los autorizamos descontar del salario o de cualquier prestación o pago a que tengamos derecho, a partir del mes de _____ del año _____ hasta _____ () cuotas mensuales por valor de _____ (\$ _____) cada una y entregar estos valores a **COMFACHOCÓ**, a más tardar a los _____ () días de cada mes, con el fin de garantizar la oportuna cancelación del crédito otorgado en nuestro favor, bajo la modalidad de libranza, hasta completar un total de _____ ()

Igualmente de manera irrevocable los autorizamos a:

Descontar el valor de los intereses de mora si se presenta retraso en el tiempo transcurrido desde el día en que se deban entregar los descuentos, hasta la fecha en que los reciba **COMFACHOCÓ** y efectuar los descuentos adicionales para que se regularice los pagos que fueron originalmente acordados si el crédito se encuentra vencido, así como los honorarios por el cobro judicial si este tuviera lugar.

Descontar de manera anticipada, por razón de licencia, incapacidad, vacaciones o cualquier otra novedad, el valor de las cuotas que deban pagar a **COMFACHOCÓ**.

Efectuar los descuentos que sean reportados por **COMFACHOCÓ**, por modificación de la tasa de interés del crédito otorgado.

Descontar el valor del salario, pensión, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidación total de las cesantías a que tengamos derecho o de cualquier otra acreencia laboral que tengamos a favor el saldo y los intereses que estuvieren pendientes de cancelar por concepto de esta obligación en el evento terminación del contrato de trabajo o desvinculación por cualquier causa.

En caso de retiro definitivo autorizamos a favor de **COMFACHOCÓ**, retener y pagar del valor de las prestaciones a que tengamos derecho hasta cubrir la totalidad de la obligación.

Además hemos convenido con **COMFACHOCÓ**, descontar de manera anticipada el valor de la primera cuota del crédito al momento de realizar el desembolso; en caso de que no se me hagan los descuentos por nómina, me obligo a cancelar personalmente las cuotas a que este obligado, para mantener al día los pagos del crédito que me concedió **COMFACHOCÓ**.

Para constancia se firma en ciudad de _____ a los _____ días del mes _____ del año 202__

DEUDOR		CODEUDOR	
_____ NOMBRE Y APELLIDOS CC. DE		_____ NOMBRE Y APELLIDOS CC. DE	
ESPACIO DILIGENCIADO POR LA EMPRESA EN SEÑAL DE ACEPTACION			
FECHA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	
EMPRESA _____		_____ FIRMA DEL PAGADOR	
NIT _____			