



PROGRAMA ESPECIAL EMERGENCIA MEDICA CEM PARA JUBILADOS

AUTORIZACION PARA DEBITO

Este programa está dirigido a los jubilados asociados al Superfondo que tengan una pensión hasta 3 salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV).

Apellidos y nombre del Jubilado: _____ Cédula: _____

Valor pensión mensual: _____

Autorizo al Superfondo a debitar de mí:

Nómina ____ o Cuenta de Ahorro ____ Corriente ____ N.º _____

del **Banco Itaú**, el valor correspondiente a lo asumido por el jubilado, por un valor de **\$9.250**

(Nueve mil doscientos cincuenta pesos mensuales).

Firma del Titular

Ciudad y Fecha

NOTA: ADJUNTAR ÚLTIMAS COLILLAS DE PAGO DE LA PENSIÓN, SI SU PAGO ES POR COLPENSIONES Y POR EL BANCO ADJUNTAR AMBAS COLILLAS