

Consentimiento del afiliado al Fondo Nacional del Ahorro S.A., para modificación de valores consolidados en cuenta individual de cesantías.

Ciudad y fecha:

Nombre empresa:

Nit empresa:

Nombres y apellidos del empleado al cual se le debe realizar la modificación y/o anulación de cesantías consolidadas:

Tipo de documento de identificación del empleado:

CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐ PEP ☐ PPT ☐

Año de reporte a disminuir o anular

Sí () doy mi consentimiento al Fondo Nacional del Ahorro S.A., para que se disminuyan () o anulen () los valores consolidados de cesantías reportados por la empresa, de acuerdo con las vigencias marcadas en el ítem anterior.

Cordialmente,

Firma del afiliado.

Dirección:

Teléfono fijo:

Teléfono celular:

Correo electrónico:
