



FELAFRANCOL

AUTORIZACIÓN DE RECAUDO – DEBITO AUTOMATICO

Tipo de Manejo Individual

Fecha: DD ___ MM ___ AA ___

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombres y Apellidos _____

Tipo de documento Cédula Nit Otros _____ Número _____

Ciudad _____ Dirección _____ Teléfono _____

Correo Electrónico: _____

FECHA PARA REALIZAR EL DEBITO AUTOMATICO

5 DE CADA MES

20 DE CADA MES

30 DE CADA MES

NOTA: Recuerde tener saldo disponible para el debito en la fecha seleccionada y durante 3 días más, por cuestiones de trámites interbancarios

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA

Entidad financiera donde el titular tiene la cuenta _____

Ciudad _____ Sucursal _____

Tipo de Cuenta Ahorros Corriente Otros _____ Número _____

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA RECAUDADORA

FONDO DE EMPLEADOS LAFRANCOL - NIT. 805006772-5

Descripción del servicio a pagar: Débito Automático- Obligaciones con FELAFRANCOL

En mi calidad de titular de la cuenta relacionada, otorgo a la **ENTIDAD FINANCIERA**, un mandato sin representación para recibir transacciones débito enviadas por la **EMPRESA RECAUDADORA**, debitando de mi cuenta aquí identificada, de acuerdo con la información aquí contenida, y según el siguiente reglamento

TITULAR

Nombre: _____

Firma: _____

REGLAMENTO

Como titular de la cuenta señalada (Usuario), autorizo incondicionalmente y por un término indefinido, por medio de este documento, lo siguiente: **(1)** a **ENTIDAD FINANCIERA** a debitar de la cuenta aquí indicada el valor que corresponde a la transacción débito y entregar dicho valor a **FELAFRANCOL**; **(2)** a **FELAFRANCOL** a conservar el presente documento en su sede; **(3)** a **FELAFRANCOL** a enviar la información aquí contenida, de manera electrónica; que ante cualquier error de **FELAFRANCOL** en la conversión electrónica de la autorización de recaudo, efectuaré los reclamos única y exclusivamente a **FELAFRANCOL**; **(4)** a **FELAFRANCOL** a debitar de la cuenta aquí indicada en una fecha diferente a la inicialmente prevista y determinada entre **FELAFRANCOL** y el **USUARIO**, tan sólo en aquellos casos en los que **FELAFRANCOL** tenga inconveniente de índole técnico u operativo que no le permitan debitar la cuenta oportunamente; **(5)** extender esta misma autorización a modificaciones obligatorias que realice **LA ENTIDAD FINANCIERA**.

Como titular de la cuenta señalada me obligo a: **(1)** mantener fondos suficientes en la cuenta indicada para cubrir las operaciones; **(2)** proveer la autorización de parte de todos los titulares de la cuenta en este documento o las copias del mismo que fueren necesarias, o en su defecto a asumir las consecuencias que se deriven de no declarar la condición de manejo de firmas conjuntas de la cuenta, liberando así a **FELAFRANCOL** y a **LA ENTIDAD FINANCIERA** de toda responsabilidad.

Como titular de la cuenta señalada, declaro que conozco y acepto lo siguiente: **(1)** que el débito autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y la oportunidad indicados, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles. No obstante, si en esa oportunidad no hay fondos disponibles en la cuenta, el débito podrá hacerse cuando existan fondos disponibles; **(2)** que **FELAFRANCOL** o la entidad financiera donde tengo la cuenta podrá abstenerse de hacer el débito si no existen fondos disponibles para ello o si se presenta alguna causal que lo impida; **(3)** que si deseo autorizar a otra entidad financiera, a otro número o tipo de cuenta, debo cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva Autorización de Recaudo; **(4)** que la presente Autorización de Recaudo solamente podrá ser cancelada mediante comunicación escrita enviada a **FELAFRANCOL** con una anticipación no inferior a diez (10) días hábiles a la fecha a partir de la cual se desee hacer efectiva la cancelación; **(5)** que debo dirigir las reclamaciones o solicitudes de devolución, en cualquier momento, a **FELAFRANCOL** en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la fecha de aplicación del débito; **(6)** que puedo dar un orden de no pago a la sucursal de la **ENTIDAD FINANCIERA** donde tengo la cuenta, para una transacción débito específica con una antelación no inferior a cinco (5) días hábiles antes de la fecha de aplicación del débito **(7)** que presentar órdenes de no pago o solicitud de devoluciones reiteradas, puede implicar un costo adicional o ser causal de cancelación del servicio por parte de **FELAFRANCOL** o por parte de la **ENTIDAD FINANCIERA** donde tengo la cuenta.

Al dar la presente autorización soy consciente que pueden surgir conflictos que impliquen la necesidad de revelar la documentación e información aquí contenida.