



FEMAP
FONDO EMPLEADOS DE MAPFRE

Bogotá, D.C., _____

Señores

Fondo Administrador de Cesantías

Respetados Señores

Los autorizo expresamente para girar a nombre **del FONDO DE EMPLEADOS DE MAPFRE – FEMAP**, la suma de \$ _____ (valor en letras) _____, para cancelar la deuda vigente al momento de mi retiro, ya que el valor de las prestaciones, indemnizaciones, bonificaciones y salario descontado por **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.**, **MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.**, **CESVICOLOMBIA S.A.**, **CREDISEGURO S.A.**, **CREDIMAPFRE S.A.**, **INTERMAP**, **FREMAP** Y **FEMAP**, fue insuficiente para saldar la deuda.

Atentamente,

Nombre
CC.