

**DEPOSITO DIRECTO
NAVIDEÑO
2023-2024
CAPATACES**

NOMBRE COMPLETO

S.S. COMPLETO

NOMBRE BANCO

NUMERO DE RUTA

NUMERO DE CUENTA

CHEQUE

AHORRO

EMAIL

TELEFONO 1

TELEFONO 2

Por este medio Autorizo al Plan de Bienestar UTM-PRSSA a acreditar mi Beneficio del FONDO DE VACACIONES 2023-2024 a la cuenta bancaria que indique previamente:

El Plan de Bienestar UTM-PRSSA no se responsabiliza por información incorrecta provista por usted. **FECHA LIMITE 31 DE OCTUBRE DE 2024.**

FIRMA

FECHA

USO OFICIAL