

	FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL SECTOR SALUD DE ANTIOQUIA	CODIGO: M2 F17
		VERSIÓN: 1
AUTORIZACION CUSTODIA CDAT		05-11-2021

Yo _____ con cedula de ciudadanía número _____ de _____, autorizo a **FODELSA** con Nit. 890.984.909.0 custodiar mi CDAT con fecha de apertura _____ y fecha de vencimiento _____ por valor de \$_____.

Se firma autorización a los _____ días del mes de _____ del año _____ en el municipio de _____

Firma asociado
cc.

Nota: Para constancia le será remitido por correo electrónico copia del CDAT al asociado.