



**COOMULDENORTE**  
COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES  
DE COLOMBIA

NIT 807007570-6

**FORMATO**

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO  
DE APOORTE SOCIAL**



**Código:** PGC-F-10 **Versión:** 1 **Página** 1 de 1

Lugar:

Fecha: DD / MM / AAAA

Yo, \_\_\_\_\_

Identificado con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ AUTORIZO, al tesorero, pagador o responsable del pago de:

\_\_\_\_\_ para que de mi salario mensual descuente el valor

correspondiente a \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ a partir del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_. Y sea girado a la

cooperativa COOMULDENORTE, conforme a sus estatutos y la Ley vigente.

Dirección de residencia:

Municipio:

Departamento:

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Institución en donde labora:

Sede:

Municipio:

Departamento:

Teléfono:

**HUELLA**

Firma: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_

Aceptado por el pagador (a):

\_\_\_\_\_  
Firma del tesorero, pagador o responsable del pago