



COOMULDENORTE
COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES DE COLOMBIA

NIT 807007570-6

FORMATO

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO
DE APOORTE SOCIAL**

Código:

PGC-F-10

Versión:

2

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 de _____

\$ _____ a partir del mes _____ del año _____. Y sea girado a la cooperativa COOMULDENORTE, conforme a sus estatutos y la Ley vigente.

Dirección de residencia:

Ciudad o municipio:

Departamento:

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Institución o empresa

Sede:

Ciudad:

Departamento:

Teléfono:

HUELLA

Firma: _____

C.C.: _____

Aceptado por el pagador (a):

Firma del tesorero, pagador o responsable del pago