

PARA USO EXCLUSIVO DE COOPFISCALIA

Autorizo al pagador de la Seccional [REDACTED] para descontar de mi sueldo básico mensual:

1. El [REDACTED] %, para abonar a mis **Aportes Sociales Obligatorios**, renovable cada vez que cambie mi salario vigente

2. Así mismo, una cuota de afiliación única **NO** reembolsable de \$ [REDACTED] para cancelar en:

Una cuota de \$ [REDACTED] o dos cuotas de \$ [REDACTED]

El estatuto establece que del aporte social obligatorio se destinará mensualmente la suma de \$ [REDACTED]

con destino a [REDACTED]

3. Autorizo que mensualmente del saldo insoluto de mis aportes sea descontado el [REDACTED] por mil correspondiente a seguro de aportes

SI [REDACTED]

NO [REDACTED]

Certifico que toda la información suministrada es verídica y me comprometo a: cumplir los reglamentos y estatutos de la cooperativa y reportar cualquier cambio de la información aquí señalada

Firma _____
C.C. No. _____

Huella

VALOR APORTE MENSUAL AL MOMENTO DE MI AFILIACIÓN: [REDACTED]

Esta es la firma con la cual se identificará para acceder a nuestros servicios.

PARA USO EXCLUSIVO DE COOPFISCALIA

Aprobado por el Consejo de Administración [REDACTED] Comité Ejecutivo [REDACTED] Acta N° _____

Procesado en el sistema por: [REDACTED]

BOGOTÁ D.C.: Calle 17 No. 10-16 Piso 10, Edificio Tecvivienda / PBX.: (1) 281 0677 / Fax: Ext. 113 / www.coopfiscalia.com - coopfiscalia@coopfiscalia.com
BARRANQUILLA: Cra. 44 No.38-11 Ofic.9C Piso 9 Edificio Banco Popular / Telefax: (5) 341 66 35 / Cel.318 734 2883 / costa@coopfiscalia.com
CALI: Cra. 9 No. 9-40 Ofic.18-01 Ofic.Juridicas ICESI / Telefax: (2) 888 03 41 / Cel.318 734 2879 / cali@coopfiscalia.com
TUNJA: Calle 19 No. 9-15 Edificio Telecom/ Telefax: (8) 740 38 54 / Cel. 317 654 7806 / boyaca@coopfiscalia.com
IBAGUÉ: Celular 316 876 50 05 / ibague@coopfiscalia.com