

AUTORIZACIÓN DESCUENTOS

Yo, _____ (Nombre y Apellidos completos) identificado(a) con la cédula No. _____ autorizo expresa e irrevocablemente _____ (Nombre de la empresa patronal), para que de mi sueldo, salarios, bonificaciones y prestaciones sociales o de cualquier suma de la cual sea acreedor, me sea descontado de mi nómina mensual a partir del mes de _____ (mes siguientes a la solicitud) del año 2022, el valor de \$ _____ (mínimo \$70.000) por concepto de **APORTES SOCIALES** y a su vez se descuente de mi nómina mensual la suma de **\$40.000**, dividido en (máximo 3 cuotas) por concepto de **AFILIACIÓN**; reportado por CARDIOCOOP identificado con NIT 804.011.578-9.

De igual manera autorizo a _____ (Nombre de empresa patronal) a descontar el valor reportado por incremento anual determinado por parte de la Asamblea de la Cooperativa Cardiocoop.

Así mismo autorizo a: _____ (Nombre de empresa patronal) descontar de mi salario, sueldos, bonificaciones, prestaciones sociales e indemnizaciones a que tengo derecho, las cuotas mensuales o valores a mi cargo correspondientes a los meses de receso si hay lugar a ello, o el total que resulte del saldo a mi cargo y a favor de CARDIOCOOP, en caso de que se llegare a terminar mi contrato de trabajo por cualquier causa y no existiere renovación.

Igualmente autorizo al Consejo de Administración de la Cooperativa en caso de presentarse Mora e Incumplimiento en el pago de mis obligaciones tanto de aportes como de créditos, por un periodo mayor a los 60 días, para que sin previo aviso decida dentro de los 30 días siguientes a esa fecha mi exclusión como asociado, comprometiéndome después a pagar todos los saldos adeudados a Cardiocoop por todo concepto.

Finalmente autorizo a: _____ (Nombre de la empresa patronal) para que las sumas descontadas sean giradas directamente a CARDIOCOOP.

En constancia firmo: _____

C.C. No. _____ de _____