



# FORMATO AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE NÓMINA

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha:      Día |      Mes |      Año

## Información personal

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de documento:  C.C.  C.E.  PAS N° de Identificación: \_\_\_\_\_ Empresa donde labora: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono y Ext. de oficina: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

Me permito autorizar al pagador que descuenten de mis ingresos por concepto de salarios, honorarios, comisiones, etc, y transfieran a la Cooperativa de Profesionales Sanitas, la suma de \$ \_\_\_\_\_ valor en letras \_\_\_\_\_ durante \_\_\_\_\_ cuotas mensuales a partir del mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ por concepto de \_\_\_\_\_

**Firma  
solicitante:**

\_\_\_\_\_

C.C.,C.E. ó PAS No.: \_\_\_\_\_

**Firma  
tercero:**

\_\_\_\_\_

C.C.,C.E. ó PAS No.: \_\_\_\_\_

## Campo exclusivo para la Cooperativa de Profesionales Sanitas

Fecha de radicación:      Día |      Mes |      Año

Aprobación:      Día |      Mes |      Año

Recibido:      Día |      Mes |      Año

Fecha gestionado:      Día |      Mes |      Año

**Vo Bo  
área de seguros:**

\_\_\_\_\_