

FORMATO MODIFICACIÓN FORMA DE PAGO

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: _____ Día | Mes | Año

Datos asociado principal

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Tipo de documento: ☐ CC ☐ CE ☐ PAS N° de Identificación: _____ Empresa donde labora: _____
Cargo: _____ Dirección de oficina: _____ Teléfono oficina y ext.: _____
Celular: _____ Correo electrónico: _____ Motivo del cambio: _____

Datos asociado Huellitas Sanitas

Realiza pagos por aportes de un *tercero *(Huellita y/u otro asociado) SI ☐ NO ☐

1. Nombre completo: _____ Documento: _____
2. Nombre completo: _____ Documento: _____

Nueva forma de pago

Indique con una X su nueva forma de pago:

Nómina: ☐ _____ *Adjunte soporte de nómina. Consignación, transferencia o PSE: ☐ *Anexe soporte de ingresos y/o declaración de renta.

Honorarios: ☐ _____ *Adjunte soporte de honorarios. Débito bancario: ☐ *Anexe autorización de débito bancario y certificación bancaria.

Pago por tercero

Pago por tercero: ☐ Nombre: _____ N° de Identificación: _____

Firmas

Firma
solicitante: _____

Firma
tercero: _____

C.C., C.E., ó PAS No.: _____

C.C., C.E., ó PAS No.: _____

Espacio exclusivo CPS

Observaciones cartera: _____

Vo Bo Gerencia