FORMATO AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PARA AGENCIAS

Cooperativa de Profesionales Sanitas

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: Día | Mes | Año

Señores: _____

Ref.: Autorización a pagador de servicios o comisiones para que se descuenten a favor de la Cooperativa de Profesionales Sanitas.

En mi calidad de representante legal de: (Agencia) _____, expresamente autorizo a Colsanitas, S.A., Medisanitas, EPS Sanitas o a la entidad pagadora _____, para que de los servicios, comisiones o similares que haya de pagar a la entidad que represento, descuente y transfiera a la COOPERATIVA DE PROFESIONALES SANITAS las cuotas que ésta reporte por concepto de: Aportes sociales y demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vinculo de asociación, incluyendo servicios y créditos a cargo del señor (a): _____ c.c. _____

La presente autorización es indefinida y solo se revocará por escrito dirigido a la entidad que autoriza.

Anexo: Certificado de existencia y representación legal de la agencia o entidad que autoriza.

Atentamente,

Nombre: _____

Firma
Representante Legal: _____ C.C.,C.E. ó PAS No.: _____

GCA-PR3-FO2 V.2 07/02/2023

FORMATO AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PARA AGENCIAS

Cooperativa de Profesionales Sanitas

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: Día | Mes | Año

Señores: _____

Ref.: Autorización a pagador de servicios o comisiones para que se descuenten a favor de la Cooperativa de Profesionales Sanitas.

En mi calidad de representante legal de: (Agencia) _____, expresamente autorizo a Colsanitas, S.A., Medisanitas, EPS Sanitas o a la entidad pagadora _____, para que de los servicios, comisiones o similares que haya de pagar a la entidad que represento, descuente y transfiera a la COOPERATIVA DE PROFESIONALES SANITAS las cuotas que ésta reporte por concepto de: Aportes sociales y demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vinculo de asociación, incluyendo servicios y créditos a cargo del señor (a): _____ c.c. _____

La presente autorización es indefinida y solo se revocará por escrito dirigido a la entidad que autoriza.

Anexo: Certificado de existencia y representación legal de la agencia o entidad que autoriza.

Atentamente,

Nombre: _____

Firma
Representante Legal: _____ C.C.,C.E. ó PAS No.: _____

GCA-PR3-FO2 V.2 07/02/2023