



## FORMATO DE DESCUENTO POR NÓMINA – COOPCARVAJAL

Lleva este documento a la Cooperativa Carvajal

Fecha Día / Mes / Año	Empresa	Distrito
Extensión	Email de Correspondencia	Celular

### VALOR MÍNIMO DEL APORTE \$ 5.000 PESOS

Yo \_\_\_\_\_  
identificado con c.c No. \_\_\_\_\_ autorizo a Coopcarvajal a descontarme por  
nómina o a pagar por caja la suma de \$ \_\_\_\_\_

<b>Cada quincena</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cada mes</b>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

Con destino a un fondo voluntario de Solidaridad Social con el fin de apoyar el Programa Golazo de la Fundación Carvajal.

Autorizo al pagador de la empresa a la cual presto mis servicios laborales, para que los dineros que me corresponden por conceptos de salarios y/o prestaciones sociales, coloque a disposición de Coopcarvajal, la suma que aporte por esta actividad que este contenido en este documento por mi aceptado.

Firma:

\_\_\_\_\_

c.c.

