



**SOLICITUD DISMINUCIÓN O AUMENTO DE CUOTA
COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE ITALCOL "ITALCOOP"**

FECHA: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____ WhatsApp: Si No

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

CARGO: _____

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____

VALOR TOTAL DE LA CUOTA QUE DESEA APORTAR: \$ _____

AUMENTO o DISMINUCIÓN | AHORRO o CREDITO

A PARTIR DE QUE FECHA: _____

AUTORIZO AL PAGADOR (EMPRESA): _____
PARA DESCONTAR DE MI SALARIO CON DESTINO A LA COOPERATIVA DE EMPLEADOS ITALCOL
"ITALCOOP".

FIRMA

CEDULA

ESPACIO DE APROBACIÓN ÚNICAMENTE ITALCOOP

Autorización del comité: _____