



COOPICBF

COOPERATIVA MULTIACTIVA
NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

NIT: 860.044.534-0

FECHA _____

**AUTORIZACION DE LIBRANZA O DESCUENTO POR NOMINA
PARA EL ASOCIADO**

Señores:

_____ (Nombre de la Empresa)

Asunto: Autorización de Descuentos y pago a terceros

Por medio de la presente y conforme a la Ley 1527 de 2012, Yo, _____, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de _____, identificado con la cedula de ciudadanía No. _____ autorizo expresa e irrevocablemente para que del sueldo, bonificaciones, prestaciones sociales o de cualquier suma de la cual sea acreedor, aun en el evento de encontrarme disfrutando de vacaciones o licencias, me sea descontada la suma de \$ _____ en _____ cuotas mensuales de \$ _____, correspondientes a la línea de crédito _____ del que soy deudor ante la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF".

A su vez autorizo a que descuenten los siguientes términos fijos y/o bonificaciones semestrales durante la vigencia de este crédito:

FECHA	VALOR

FECHA	VALOR

Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a la Entidad pagadora que de las sumas descontadas mensualmente en los términos aquí establecidos sean giradas directamente y entregadas en forma mensual a la COOPICBF dentro de los términos fijados para el efecto, amortizando de esta forma el crédito que me fue concedido. Si la empresa a la cual me encuentro vinculado no descuenta y no paga a COOPICBF el valor de las cuotas mensuales de los respectivos créditos, no quedo exonerado de la responsabilidad de pagar la cuota mensual y eventuales intereses de mora a través de las acciones de COOPICBF.

También autorizo a la empresa pagadora a descontar de mi salario, bonificaciones, prestaciones sociales e indemnizaciones a que tengo derecho, el saldo del crédito(s) mencionado y los intereses de mora que hubiere lugar, en caso de que llegare a terminar mi contrato de trabajo por cualquier causa.

Finalmente declaro que conozco los Estatutos, reglamentos de aportes y créditos y reglamento de cobranzas y su aceptación para lo cual me acojo a ellos incluso asumiendo que la entidad pagadora solo es un canal de pago y que la administración de los productos se realizara directamente por los canales establecidos por COOPICBF.

Atentamente,

DEUDOR
NOMBRE: _____
C.C. _____
FIRMA: _____

DEUDOR SOLIDARIO
NOMBRE: _____
C.C. _____
FIRMA: _____

DEUDOR SOLIDARIO
NOMBRE: _____
C.C. _____
FIRMA: _____

PARA LA EMPRESA Y/O ENTIDAD PAGADORA

Salario mensual \$ _____ Tipo de Contrato: _____

De acuerdo con la autorización de nuestro funcionario y de acuerdo a la Ley 1527 de 2012, efectuaremos los descuentos ordenados en la presente comunicación, los cuales no podrán exceder los \$ _____ (valor máximo de descuento) mensuales y procederemos a girar a COOPICBF los valores descontados conforme a la novedad entregada por la entidad.

Firma del funcionario autorizado por la empresa: _____	Nombre: _____
--	---------------