



Ciudad _____ Fecha _____

Señores
PAGADURÍAS ICBF.
Bogotá, D.C.

REFERENCIA: FORMATO DE AUTORIZACION DE DESCUENTOS PARA CONTRATISTAS ICBF.

Apreciados Señores,

Por la presente y atendiendo a lo dispuesto en la Ley 1527 de 2012 ***“Por Medio De La Cual Se Establece Un Marco General Para La Libranza O Descuento Directo Y Se Dictan Otras Disposiciones”***, me permito, de manera expresa e irrevocable, autorizarlos para descontar de los pagos mensuales de los honorarios a que tengo derecho por concepto del contrato # _____ que inicia el ____, ____, ____, y termina el ____, ____, ____, de la prestación de mis servicios al ICBF, las sumas que la Cooperativa Multiactiva de Bienestar Familiar “COOPICBF” identificada con el NIT.#860.044.534-0, manifieste deberle por concepto de cuotas de aportes, fondos, prestamos y otros conceptos, de conformidad con la relación mensual o novedad que dicha Cooperativa les presente para el efecto.

Cordialmente,

Firma del Asociado COOPICBF

Nombre del Asociado: _____.

No. Cedula de Ciudadanía: _____ expedida en _____.

Cuenta Bancaria # _____ del Banco _____.

Dirección: _____.

Teléfono: _____.

Correo electrónico: _____.