

Señores. _____

Nit. _____

ASUNTO: AUTORIZACIÓN EXPRESA E IRREVOCABLE DE DESCUENTO POR NOMINA – LIBRANZA.

Yo, _____ identificada con la cédula de ciudadanía número _____ en mi calidad de asociada de LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF", identificado con el NIT 860.044.534-0; de conformidad con lo dispuesto en los numerales 1 y 5 del artículo 3 de la ley 1527 de 2012, y demás disposiciones legales vigentes, **LE AUTORIZO EXPRESA E IRREVOCABLEMENTE**, para que:

1) Retenga y pague a favor de LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF", de mi salario, honorarios o de cualquier suma de dinero que deba recibir en virtud de mi vinculación laboral, por el valor mensual que envíe la cooperativa por concepto de créditos, servicios, aporte social y fondo de solidaridad que figure a mi nombre, Los cuales responden a los respectivos compromisos suscritos con LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" y que han sido aceptados por la (el) suscrita (o) en el momento de la afiliación así también como pagare, solicitud de crédito y/o carta de instrucciones.

2) Las sumas o cuotas a descontar cada periodo serán las incluidas en los reportes del mismo periodo que envíe LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" al pagador por medio de correo electrónico, en el documento NOVEDADES DE DESCUENTOS POR NÓMINA MES.

3) En igual sentido autorizo, que dichos descuentos deberán hacerse de manera indefinida, mientras subsista mi condición de asociado a LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF", razón por la cual los descuentos solo serán suspendidos cuando LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" informe al pagador el pago total de mis obligaciones cuando ello proceda.

4) En caso de que, por cualquier circunstancia, no sea posible efectuar el descuento de nómina, autorizo al pagador para descontar de mi salario, honorarios, y demás emolumentos que reciba como consecuencia de mi contrato de trabajo y/o prestación de servicios, siempre que no se afecte el límite máximo de descuento por libranza, permitido por la normatividad vigente.

5) De la misma manera, manifiesto expresamente que estoy enterada de que en caso de que no se realice el descuento de mi salario, honorarios, por cualquier motivo, **es mi responsabilidad informar y pagar** a LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF", el monto correspondiente a mis obligaciones crediticias de forma independiente.

6) Manifiesto que con los anteriores descuentos no se afecta mi mínimo vital y continúo recibiendo ingresos suficientes y/o adicionales, que me permiten satisfacer mis necesidades básicas y las de mi familia.

7) Autorizo a LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" a diligenciar la parte superior de este formato y enviarlo al que en su momento haga las veces de referente de nomina para efectos de descuento por libranza de mis créditos, aportes, fondos y/o servicios que reporte la cooperativa.

FIRMA, _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

C.C _____

TEL: _____

CORREO: _____