

BOGOTA D.C., _____

Señores

COOPDISALUD LTDA

Área de Cartera

Ciudad.

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN PORCENTAJE DE APORTES

Yo _____ en calidad de asociado activo no pensionado e identificado con cedula de ciudadanía No. _____, solicito modificar el porcentaje de mi cuota de APORTES, para que a partir de mi siguiente descuento y según lo autorizan los estatutos que debe corresponder **entre el 2% y el 10%**, es mi decisión quede fijado en _____ % de mi salario básico mensual.

Agradezco su colaboración,

Cordialmente,

FIRMA: _____

CELULAR No.: _____

PAGADURÍA _____

NOTA: ANEXO DESPRENDIBLES DE NÓMINA PARA VERIFICACIÓN Y TRAMITE DE LA PRESENTE SOLICITUD