



COOPDISALUD LTDA.

Cooperativa Multiactiva de los Servidores y Pensionados de la Salud Ltda.

Resolución 0849 – Marzo 5 de / 96

NIT: 830.016.184-8

Bogotá D.C., _____

Señores:

COOPDISALUD LTDA.

Dpto. Contabilidad

Ciudad

TRASLADO DE DEVOLUCION

Respetados Señores:

Yo _____ AUTORIZO EL
TRASLADO del monto de mi(s) devolución(es), descontada(s) en (los) mes(es) _____
de la siguiente forma:

HACIA MI CREDITO N° _____ El valor de: \$ _____

HACIA MI CREDITO N° _____ El valor de: \$ _____

TOTAL, TRASLADO: \$ _____

Cordialmente,

FIRMA: _____

CC N°: _____

TELEFONOS: _____

PAGADURÍA: _____