



COOPERATIVA DE EMPLEADOS HOSPITAL DE SAN JOSE LTDA

Nit: 860.031.632-8

Personería Jurídica N° 1996 De 23 De Septiembre De 1971
Oficina Principal Calle 16 N° 4 -25 Oficina 401 | Tel: 3368193

coopempleadoshsj@gmail.com

AUTORIZACIÓN DESCUENTO POR NÓMINA

Yo, _____ con cédula de ciudadanía _____ de _____, autorizo a la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, descontar de mi salario la suma de \$ _____ en _____ cuotas mensuales por concepto de préstamo realizado por la Cooperativa de empleados, a partir del pago de la nómina del mes de _____

Cordialmente;

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Celular: _____



COOPERATIVA DE EMPLEADOS HOSPITAL DE SAN JOSE LTDA

Nit: 860.031.632-8

Personería Jurídica N° 1996 De 23 De Septiembre De 1971
Oficina Principal Calle 16 N° 4 -25 Oficina 401 | Tel: 3368193

coopempleadoshsj@gmail.com

AUTORIZACIÓN DESCUENTO POR NÓMINA

Yo, _____ con cédula de ciudadanía _____ de _____, autorizo a la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, descontar de mi salario la suma de \$ _____ en _____ cuotas mensuales por concepto de préstamo realizado por la Cooperativa de empleados, a partir del pago de la nómina del mes de _____

Cordialmente;

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Celular: _____