



PLANTILLA PARA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS A MESADAS PENSIONALES

Marque con una x el tipo de novedad a reportar (carácter obligatorio)

☐ Afiliación

☐ Préstamo

☐ Afiliación y Préstamo

I. Información de la Entidad

Razón Social		Nit	
Dirección Entidad		Fecha Diligenciamiento	
		DD / MM / AAAA	
Ciudad Entidad	Departamento Entidad	Teléfono 1	Teléfono 2
E-mail Corporativo		Nombre Representante Legal	

II. Información Pensionado

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento Identidad		No. de documento	No. Afiliación
☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Cédula de Extranjería ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Otro ¿Cual? _____			
Dirección del Pensionado			
Ciudad del Pensionado	Departamento del Pensionado	Teléfono 1	Teléfono 2

Si usted es Beneficiario de Pensión diligencie documento del causante, ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P. No.

Si la solicitud la realiza el pensionado (Menor de Edad o interdicto) a través de Curador y/o Representante Legal, este último debe diligenciar los siguientes campos y firmar el formulario, adicionalmente debe adjuntar copia del documento de identidad.

III. Información del Curador y/o Representante Legal

Nombres y Apellidos	Tipo y No. Documento Identidad	Teléfono
	☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Cédula de Extranjería _____	

IV. Información del Descuento por Afiliación

Valor Cuota	Valor Cuota en Letras
\$	

V. Información del Descuento por Préstamos

Valor Total del Préstamo	Valor Total del Préstamo en Letras	No. De Libranza
\$		
No. Cuotas	Valor Cuota Mensual	Valor Cuota Mensual en Letras
	\$	

Autorización

Autorizo al pagador para que descuente el valor y número de cuotas descritas en este formato, con destino a la Entidad citada. Así mismo, los datos personales, podrán ser procesados, recolectados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados, a través de diferentes medios tales como correo físico, electrónico, celular o dispositivo móvil, vía mensajes de texto (1\1 S y/o MMS), o a través de cualquier medio análogo y/o digital de comunicación, conocido o por conocer.

EL VALOR TOTAL DE LOS DESCUENTOS EFECTUADOS NO DEBE EXCEDER EL 50% DE LA PENSION, SEGUN EL ARTICULO 156 DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Y DEMAS NORMAS VIGENTES.

NOTA: si el valor y/o número de cuotas presenta enmendaduras o tachones, NO se ingresará la novedad.

Firma del Pensionado

Huella Índice
Derecho

Firma Curador/Rep. Legal

Huella Índice
Derecho

Firma y Sello del Gerente, Representante Legal y/o Autorizados de la Entidad

Rev. Agosto. 2015 Gerencia Nacional de Nómina

La EOL o Asociación es responsable por los datos consignados en este documento

ESTE FORMULARIO NO TIENE NINGÚN COSTO



ORDEN DE DESCUENTO DE SALARIOS Y/O PRESTACIONES SOCIALES

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía N. _____

Autorizo a:

SEÑORES	CIUDAD	FECHA: Día Mes Año	ORDEN N°
---------	--------	-----------------------	----------

Autorizo que sobre cualquier suma que me deba pagar la empresa, se efectúen los siguientes descuentos y retenciones a favor de la Cooperativa.

CONCEPTO	VALOR DESCUENTO	SALDO	PLAZO (PERIODOS)	FECHA Inicial	FECHA Final
----------	-----------------	-------	---------------------	------------------	----------------

Sírvase igualmente descontar por anticipado durante el tiempo que permanezca en vacaciones o licencia, el valor de las cuotas que dejan de pagarse. Igualmente autorizo (amos) en el evento de modificarse las tasas de interés por Cooperen, que los descuentos mensuales sean los que ésta le notifique a la pagaduría. EN CASO DE DAR POR TERMINADO EL CONTRATO DE TRABAJO O RELACIÓN LABORAL CON LA EMPRESA DEL DEUDOR Y CODEUDOR (ES) CADA UNO DE LOS SUSCRITOS, IDENTIFICADOS CON LAS CÉDULAS QUE APARECEN AL PIÉ DE NUESTRAS FIRMAS, EXPRESAMENTE AUTORIZAMOS EN FORMA IRREVOCABLE AL PAGADOR DE LA EMPRESA EN LA CUAL LABORAMOS PARA QUE RETENGA DE NUESTROS SALARIOS Y/O PRESTACIONES DE CUALQUIER NATURALEZA, PENSIONES, BONIFICACIONES A CUALQUIER TÍTULO, CESANTÍAS, INDEMNIZACIONES Y/O CUALQUIER OTRA SUMA QUE RESULTE DEBERNOS LA EMPRESA DONDE LABORAMOS, EN LA CUANTÍA DETERMINADA POR COOPEREN E INDICADA EN MODO, TIEMPO Y LUGAR POR ÉSTE PARA CUBRIR LAS CUOTAS RESTANTES PARA CANCELAR EL SALDO DE LOS CRÉDITOS QUE COOPEREN ME (NOS) HA OTORGADO, MÁS LOS INTERESES CAUSADOS A LA FECHA DE PAGO DE LAS MISMAS.

Además doy (damos) pleno poder a Cooperen para que con las más amplias facultades tramite todo lo referente al reconocimiento de mi (nuestras) prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones y reciba el pago correspondiente.

(Todo lo anterior de acuerdo con los arts. 59 numeral 1° literal b; 150 y 344 numeral 2° del Código Sustantivo del Trabajo y el artículo 142 de la ley 79 de 1988)

AUTORIZO DEUDOR		CODEUDOR		CODEUDOR	
C.C.	HUELLA ÍNDICE DERECHO	C.C.	HUELLA ÍNDICE DERECHO	C.C.	HUELLA ÍNDICE DERECHO

Vo. Bo. COOPERATIVA

Vo. Bo. ACEPTADA EMPRESA

OBSERVACIONES:

EL NO DESCUENTO POR NÓMINA DE LA(S) CUOTA(S) EN LAS FECHAS ESTIPULADAS,
NO LO EXIME DE LA RESPONSABILIDAD DE CANCELAR EN FORMA OPORTUNA EN NUESTRA OFICINA.

COOPEREN