

	FORMATO No. 1 AFILIACION	No. _____
		DD ____ MM ____ AA ____

COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL PERSONAL DEL SENA
COOPSENA
NIT: 860.014.871-1

DATOS DE LA COOPERATIVA

DIRECCION: CALLE 57 #24-11
 TELEFONO: 8051660
 CODIGO I.S.S.: 5210

DATOS DEL PENSIONADO COLPENSIONES

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

No. C.C.: _____ AFILIACION No.: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____ CIUDAD: _____

AUTORIZO A COLPENSIONES PARA QUE DESCUENTE EL 3% DE MI MESADA PENSIONAL CON DESTINO A COOPSENA, COMO CUOTA MENSUAL DE APORTES SOCIALES, DE CONFORMIDAD CON LO CONTEMPLADO EN EL ARTÍCULO 70 DE LOS ESTATUTOS VIGENTES.

NOTA: EL VALOR TOTAL DE LOS DESCUENTOS EFECTUADOS NO DEBE EXCEDER EL 50% DE LA PENSION, SEGÚN EL ARTÍCULO 156 DEL CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO.

<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> FIRMA PENSIONADO	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/> HUELLA	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C. _____		