



Cooperativa de Trabajadores de Laboratorios de
Cosméticos y Filiales "LABCOOPE"

800.105.142-1

MODIFICACIÓN DE
APORTES

CODIGO
001
VERSIÓN
003

21/07/2020

Fecha: _____

Señores:

COOPERATIVA LABCOOPE

Ciudad.

REF. Modificación de Aportes

Por medio de la presente solicito la modificación de mi aporte, incrementando
/ disminuyendo el valor actual, pasando de \$ _____ a \$
_____ a partir del mes de _____ del año _____.

Aporte mínimo 5% de un SMMLV y máximo el 10% del salario básico mensual del Asociado.

Agradezco su atención.

Cordialmente,

Firma del Asociado:	Nombre:
C.C.:	Correo Electrónico:
Teléfono:	Celular:

