



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:

