

Bucaramanga, _____ de 202____

Señores
COMULSANDER LTDA
E.S.D.

Asunto: Solicitud de aumento de aportes mensuales

Yo, _____
identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____,
por medio de la presente me permito autorizar el aumento de mis aportes a la
Cooperativa Multiactiva de la Salud de Santander – Comulsander Ltda,
pasando de \$ _____ a \$ _____ mensuales, a partir de la fecha.

Agradezco la atención prestada y quedo atento(a) a cualquier información
adicional que se requiera para formalizar este ajuste.

Atentamente,

Nombre completo:

C.C.

Correo electrónico:

Dirección:

Número de celular: