



Fecha de Radicación

FORMULARIO PARA DEVOLUCIÓN DE APORTES

Condición del Asociado Beneficiario

- Debe anexar a este formulario la fotocopia de cedula (ampliada a media carta) del asociado fallecido y el registro civil de defunción expedido por la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL.

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL ASOCIADO

No. Identificación Primer Apellido Segundo Apellido

Nombre Completo Sexo Estado Civil Fecha Nacimiento

Dirección Nomenclatura / Barrio Ciudad

Teléfono 1 Teléfono 2 Opcional

Correo Electrónico 1 Correo Electrónico 2 Opcional

Celular Cargo

Entidad donde labora Universidad Cooperativa de Colombia Fundación Universitaria María Cano CORPAEDA
 Gama T.V. Cooperativa Multiactiva Universitaria Nacional COMUNA LA COMUNA

- Anexe fotocopia de cedula (ampliada a media carta)

2. INFORMACIÓN FINANCIERA (Si no posee cuenta bancaria, anexar carta solicitando la elaboración de Cheque)

Cuenta corriente Cuenta de Ahorros Banco No. De la cuenta

3. VALOR TOTAL DEVOLUCIÓN DE APORTES

4. MOTIVO PARA RETIRO DE LOS APORTES

Paz y salvo LA COMUNA

Paz y salvo de la entidad donde presta los servicios

Firma del Asociado

Huella

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

5. SALDO ADEUDADO PRÉSTAMO DE CONTINGENCIA

Fecha Finalización Convenio

Letras

Firma Coordinador de Nomina LA
COMUNA