



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