



Fecha de Radicación  DD  MM  AAAA

### 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	<input type="text"/>	Primer Apellido	<input type="text"/>	Segundo Apellido	<input type="text"/>		
Nombre Completo	<input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Estado Civil	<input type="text"/>	Fecha Nacimiento	<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA
Dirección	<input type="text"/> Nomenclatura / Barrio			Ciudad	<input type="text"/>		
Teléfono 1	<input type="text"/>	Teléfono 2	<input type="text"/> Opcional				
Correo Electrónico 1	<input type="text"/>	Correo Electrónico 2	<input type="text"/> Opcional				
Celular	<input type="text"/>	Cargo	<input type="text"/>				
Entidad donde labora	<input type="checkbox"/> Universidad Cooperativa de Colombia	<input type="checkbox"/> Fundación Universitaria María Cano	<input type="checkbox"/> CORPAEDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Gama T.V.	<input type="checkbox"/> Cooperativa Multiactiva Universitaria Nacional COMUNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- Anexe fotocopia de cedula (ampliada a media carta)

#### 2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Cuenta corriente  Cuenta de Ahorros  Banco  No. De la cuenta

3. VALOR TOTAL DEVOLUCIÓN DE APOORTE

#### 4. MOTIVO PARA RETIRO DE LOS APORTES

.....  
.....

<input type="checkbox"/> Paz y salvo LA COMUNA	<input type="checkbox"/> Paz y salvo de la entidad donde presta los servicios	<input type="checkbox"/> Firma del Asociado	<input type="checkbox"/> Huella
--	---	---	---------------------------------

#### ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

Fecha Finalización Convenio  DD  MM  AAAA

#### 5. SALDO ADEUDADO PRÉSTAMO DE CONTINGENCIA

Letras .....  
.....  
.....

Firma Coordinador de Nomina LA COMUNA