

## FORMATO DE SOLICITUD DE DESAFILIACION Y DEVOLUCION DE APORTES

<b>SOCIEDAD COOPERATIVA DE MICROFINANZAS – SOCOMIR</b>	<b>DEBE SER DILIGENCIADO ÚNICA Y DIRECTAMENTE POR EL ASOCIADO CON LETRA CLARA Y LEGIBLE</b>	CIUDAD: OFICINA: FECHA:
<p>Señores,</p> <p><b>SOCIEDAD COOPERATIVA DE MICROFINANZAS – SOCOMIR</b> Ciudad.</p> <p>Por medio de la presente me permito solicitar mi retiro como asociado (a) de la Cooperativa y así mismo la devolución de mis aportes sociales realizados durante la permanencia como tal.</p> <p>Por otra parte, en el evento que tenga obligaciones pendientes con ustedes autorizo efectuar el cruce con los valores a mi favor por concepto de aportes.</p>		
<b><u>INFORMACIÓN BÁSICA DEL ASOCIADO:</u> SE DEBE DILIGENCIAR TODA LA INFORMACIÓN SIN ESPACIOS EN BLANCO NI ENMENDADURAS</b>		
Nombres y Apellidos		Número de Cédula:
Dirección de Correspondencia:	Barrio:	Ciudad:
Teléfono Celular:	Correo Electrónico:	
Teléfono Fijo:	Nombre de la Pagaduría:	
<b><u>INFORMACIÓN PARA REALIZAR CONSIGNACIÓN:</u></b> <i>No se realizan transferencias a terceros / Los cobros que genera el Pago Masivo serán Asumidos por el Asociado.</i>		
Transferencia	Banco	Cuenta Ahorros <input type="checkbox"/>
		Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>
Número	Ciudad	
Pago masivo	Otros	Observaciones
<b><u>ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA</u></b>		<b><u>ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL(A) ASOCIADO (A)</u></b>
<p><b>Nombre y firma de quien recibe la Solicitud</b></p> <p>Ciudad _____ Fecha _____ Hora _____</p> <p>Aceptada por Gerencia</p> <p>VoBo. Cartera</p>		<p>Firma _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>No. de Documento _____</p> <p>VoBo. Contabilidad</p>