



Nit 800.066.135-1
Vivir y Ayudar a Vivir

FORMATO RETIRO

Santiago de Cali, _____ de _____

Señores

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

COOAUTÓNOMA

Ciudad

Apreciados señores,

Muy comedidamente solicito a ustedes mi retiro como asociado de su prestigiosa institución, por los siguientes motivos:

Cordialmente,

Recibí el día _____

Firma/ C.C No.

Nombre y apellidos _____

Teléfono fijo y celular _____

Correo electrónico _____

"El asociado que se retire voluntariamente o que sea excluido, tendrá derecho al reintegro de sus aportes sociales a los sesenta (60) días a la fecha del retiro" (Artículo 28 de los Estatutos de Cooautónoma)

PARA USO EXCLUSIVO COOAUTÓNOMA

NOMBRES Y APELLIDOS _____

Cédula de Ciudadanía No. _____ FECHA DE AFILIACIÓN DÍA MES AÑO

Valor Total Aportes _____

Valor Total Obligaciones _____

Transferencia a CTA No. _____ BANCO _____ TIPO CTA. AH CTE

FECHA DEVOLUCIÓN DE APORTES: _____