SOLICITUD INDIVIDUAL DE FONDOS SOCIALES

CODIGO O NOMBRE DE AGENCIA ORIGEN DE APORTES	
FECHA DE LA SOLICITUD	

DATOS SOLICITANTE

TIPO DE DOCUMENTO	**N° DOCUMENTO**
C.C. ◯ C.E. ◯ PAS ◯ T.I. ◯	
NOMBRES Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL	

DATOS BENEFICIARIO / ESTUDIANTE

TIPO DE DOCUMENTO	**N° DOCUMENTO**
C.C. ◯ C.E. ◯ PAS ◯ T.I. ◯ R.C. ◯	
NOMBRES Y APELLIDOS	

DESTINO DEL APOYO	◯ Calamidad ◯ Educativo ◯ Fallecimiento del asociado ◯ Conceptos médicos, hospitalarios y quirúrgicos

¿TIENE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR O DE PARENTESCO CON UNO O MÁS EMPLEADOS DE FINANCIERA COMULTRASAN O SUS MIEMBROS DE ADMINISTRACIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA?

SI ◯ NO ◯	**PARENTESCO**
NOMBRE COMPLETO	

DILIGENCIE ESTOS CAMPOS EN CASO DE APOYO EDUCATIVO

NOMBRE DE LA ENTIDAD EDUCATIVA			
PROGRAMA ACADÉMICO		**SEMESTRE/NIVEL**	

INFORMACIÓN PARA AUTORIZACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

Autorizo a Financiera Comultrasan para que efectúe el pago a mi favor a través del abono a la cuenta de ahorros N°_____ de la agencia _____de Financiera Comultrasan. Certifico que esta cuenta no es de titularidad conjunta y se encuentra activa.

Igualmente, manifiesto que la autorización contenida en este documento permanecerá vigente en forma indefinida, mientras no informe por escrito a Financiera Comultrasan la decisión de revocarla, o de modificar los datos de la cuenta aquí señalada, utilizando para este último efecto el formato dispuesto por Financiera Comultrasan. En consecuencia, libera a Financiera Comultrasan de cualquier responsabilidad por la omisión o demora en que incurra en notificar por escrito y en debida forma cualquier revocación o modificación de esta autorización.

FIRMA DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

_____

N° documento de identificación

Declaro bajo juramento que la información proporcionada a la cooperativa en este formato es verídica.