

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN PAGO DE RETORNO COOPERATIVO

Ciudad y Fecha :

Identificación: Nombre:

Dirección: Barrio:

Ciudad: Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

Carpeta Asociado: Valor del Retorno \$:

En mi calidad de Asociado y/o beneficiario del Retorno Cooperativo emanado por mandato de la Asamblea General de Delegados, en lo referente a la distribución de excedentes correspondientes al año 2021, Autorizo de manera Expresa y bajo mi responsabilidad realizar el pago de este derecho a través del siguiente opción:

Traslado a Obligaciones internas:

1. Deposito a mis aportes Voluntarios:
2. Abono a Obligaciones vencidas:
Préstamo Línea: _____ Valor: \$ _____ Aportes: Valor \$ _____
3. Abono a Capital de Obligaciones de crédito para reducir plazo:
Línea de Préstamo: _____ Valor: \$ _____
4. Abono a Próximo Vencimiento a Cuotas de Obligaciones:

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Crédito <input type="checkbox"/> | Aportes <input type="checkbox"/> |
| Préstamo: _____ Valor: _____ | |
| Préstamo: _____ Valor: _____ | |
5. Abono a cuotas de obligaciones de otros Asociados:

| |
|---|
| Cédula: _____ Préstamo: _____ Valor: \$ _____ |
| Cédula: _____ Préstamo: _____ Valor: \$ _____ |
6. Abono de aportes a otro Asociado
Vencidos: Anticipados: Voluntarios:

| |
|--|
| ID.: _____ Nombre: _____ Valor: \$ _____ |
| ID.: _____ Nombre: _____ Valor: \$ _____ |
| ID.: _____ Nombre: _____ Valor: \$ _____ |

Transferencias y/o Giros:

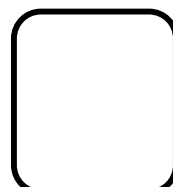
7. Transferencia Electrónica a la cuenta bancaria: Ahorros Corriente

| | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| N° Cuenta: <input type="text"/> | Banco: <input type="text"/> |
|---------------------------------|-----------------------------|

Asumo toda la responsabilidad por la actualización e información suministrada anteriormente y exonero a COACREMAT Ltda., por inconvenientes posteriores al procesamiento de la presente información. Además, informo que la cuenta se encuentra activa e inscrita para pagos.
8. Giro reclamable en: (El valor de Giro será asumido por el Asociado.)

| | |
|--------------------------------------|---|
| Davivienda: <input type="checkbox"/> | Banco GNB Sudameris: <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|---|

Firma:



Huella Índice Derecho

Nombre Asesor COACREMAT:

Visto Bueno Depto Crédito y Cartera
