



COOVIPROC

¡Contribuimos a su bienestar!

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE VIVIENDA Y PRODUCCIÓN LA CABAÑA - COOVIPROC SOLICITUD DE RETIRO COMO ASOCIADO

Señores:

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
COOVIPROC

Fecha	N° Acta que aprueba la solicitud
DD / MM / AA	

Ref: Retiro de la cooperativa

Tipo de retiro: Voluntario Por exclusión Por muerte asociado
Por medio de la presente, Yo:

Les expreso mi deseo de retirarme como asociado y solicitar la devolución de los aportes realizados hasta la fecha en la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE VIVIENDA Y PRODUCCIÓN LA CABAÑA - COOVIPROC por la (s) siguiente (s) causa (s):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Motivos económicos | <input type="checkbox"/> Traslado a otra ciudad o país | <input type="checkbox"/> Pensión |
| <input type="checkbox"/> Motivos personales | <input type="checkbox"/> Mal Servicio o atención | <input type="checkbox"/> Exclusión |
| <input type="checkbox"/> Motivos de salud | <input type="checkbox"/> Retiro de la empresa | <input type="checkbox"/> Terminación de proceso jurídico |
| <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? | | |

Use el siguiente espacio si desea especificar la causa de su retiro:

En caso de solucionar la situación por la que se retira, ¿tiene intenciones de reafiliarse a la Cooperativa?

SI NO

Autorizo a que el saldo de mis aportes sea entregado por medio de consignación bancaria:

Titular de la cuenta: _____ Nombre de banco: _____
Identificación del titular: _____ Número de cuenta: _____
Tipo de cuenta: Corriente De Ahorro

* Recuerde que al retirarse de la Cooperativa y según el Estatuto, en caso de presentar saldos pendientes por cancelar por concepto de créditos y/o gastos de cobranza, autoriza que se realice el descuento correspondiente de los aportes para subsanar la obligación. Así mismo, el tiempo estimado de devolución de los aportes sociales es de 30 días.

Atentamente,

Nombre Completo Asociado: _____ Firma Asociado y/o representante _____
N° de Identificación: _____
Correo electrónico: _____
Teléfono: _____

ESPACIO PARA USO LA COOPERATIVA

Observaciones del seguimiento:

Fecha realización entrevista _____ DD/MM/AA

Nombre y firma funcionario que realizo la entrevista _____

Nombre y firma funcionario responsable de verificación de información _____

Calle 52 N° 52 – 11 Of. 205 PBX: 444 02 27 Cel: 301 221 52 02

Web: www.cooviproc.com - Email: info@cooviproc.com

