



## **SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES POR FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO**

Fecha de Solicitud (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

### **DATOS DEL ASOCIADO FALLECIDO:**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de Fallecimiento (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

### **DATOS DEL BENEFICIARIO SOLICITANTE:**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Parentesco con el Asociado Fallecido: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN:**

Monto Total de Aportes a Devolver: \$ \_\_\_\_\_

### **Forma de Pago Solicitada (Marque con una X):**

Transferencia Bancaria a la siguiente cuenta:

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta (marque con una X):  Ahorros  Corriente

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

Otro (Especificar): \_\_\_\_\_

### **DOCUMENTOS ANEXOS (Obligatorios):**

Copia legible del Certificado de Defunción del Asociado Fallecido.

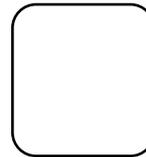
Copia legible del documento de identidad del Beneficiario solicitante.

(En caso de transferencia bancaria) Copia legible del documento bancario que certifique la titularidad de la cuenta.



[ ] Otros documentos que la cooperativa solicite: \_\_\_\_\_

**DECLARACIONES Y FIRMAS:** Yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre completo del beneficiario), identificado(a) con el documento de identidad número \_\_\_\_\_, declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es veraz y completa, y que soy el beneficiario legal de los aportes del asociado fallecido mencionado en este documento. Entiendo y acepto que Cultural Andino S.C. realizará la devolución de los aportes de acuerdo con sus políticas internas y la normativa vigente, previa verificación de la documentación presentada.



\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario Solicitante

Huella

Número de Identificación del Beneficiario: \_\_\_\_\_

**ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE CULTURAL ANDINO S.C.:**

Fecha de Recepción de la Solicitud: \_\_\_\_\_

Documentación Completa: [ ] Sí [ ] No

Observaciones sobre la Documentación: \_\_\_\_\_

Verificación del Beneficiario: [ ] Aprobada [ ] No Aprobada

Fecha de Aprobación de la Devolución: \_\_\_\_\_

Número de Comprobante de Pago: \_\_\_\_\_

Responsable de la Gestión: \_\_\_\_\_

Firma del responsable: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA EL BENEFICIARIO:**

Por favor, diligencie todos los campos de este formato de manera clara y legible.

Adjunte todos los documentos requeridos. La falta de documentación completa puede retrasar el proceso de devolución. \* Entregue este formato y los documentos anexos en la oficina principal de Cultural Andino S.C. o a través de los canales designados por la cooperativa.

Para cualquier duda o inquietud, puede comunicarse al número de teléfono

(601)5281498 Celular 3102961204 o al correo electrónico

servicioalasociado@culturalandino.co