



COOMULDENORTE

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES
DE COLOMBIA

NIT 807007570-6

FORMATO

**FORMATO DESIGNACIÓN DE
BENEFICIARIOS(AS) DE APORTES**

Código: PGC-F-15 **Versión:** 1 **Página** 1 de 1

Lugar:		Fecha:	
		DD / MM / AAAA	
Nombre(s):		Primer apellido:	Segundo apellido:
Tipo documento:	Número de documento:	Lugar de expedición:	
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			

EN CASO DE MI FALLECIMIENTO Y DE CONFORMIDAD CON LO REGLAMENTADO POR LA ASAMBLEA GENERAL DE DELEGADOS OFICIALES REALIZADA EL 25 DE MARZO DE 2006 EN LO RELACIONADO CON LOS APORTES A LA COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES DE COLOMBIA "COOMULDENORTE" DEJO COMO BENEFICIARIOS DE MIS APORTES A:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	EDAD	%

SI AL MOMENTO DE MI DECESO LOS BENEFICIARIOS NO SON MAYORES DE EDAD, LOS RESPONSABLES PARA COBRAR DICHO APOORTE SERAN:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	IDENTIFICACIÓN	RESPONSABLE DE:

EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN ENTREGARÁ A LAS PERSONAS RESPONSABLES ASIGNADAS POR EL ASOCIADO LOS APORTES, CUALQUIER CAMBIO DE SU DECISIÓN DEBERÁ COMUNICARLO POR ESCRITO (Actualizando el formato).

HUELLA

Firma: _____

C.C.: _____