



Cooperativa Multiactiva
Universitaria Nacional

SOLICITUD PARA DEVOLUCIÓN DE APORTES

Ciudad y Fecha _____ Facultad o Dependencia _____

Nombre y Apellidos _____ Teléfono: _____

Fecha y tipo de Vinculación que ha tenido con COMUNA: _____

Egresado _____ Fecha _____ Retirado _____ Fecha _____

PAZ Y SALVO U.C.C (Que garantice que no Estudia o Trabaja en la U.C.C)

Huella digital
índice derecho

PAZ Y SALVO COMUNA

Valor total devolución de Aportes

\$ _____

FIRMA DEL AFILIADO
C.C.

FIRMA APROBADO POR
DIRECTOR SECCIONAL

FIRMA REVISADO POR
COORDINACION DE APORTES

APROBADO CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN **SI** _____ **NO** _____
ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN NO. _____ **FECHA** _____

Adjunte copia de la cedula y preséntelo en cualquiera de las sedes de la Cooperativa COMUNA.