



FORMATO AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO A CUENTA DE TERCEROS

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: Día | Mes | Año No. de Radicación: _____

Datos

Señores

Cooperativa de Profesionales Sanitas

Yo _____ identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° _____ expedida en la ciudad de _____ autorizo(amos) a la Cooperativa para que el dinero producto del préstamo que estoy solicitando, si es aprobado, sea desembolsado de la forma que indico a continuación:

	Giro 1		Giro 2		Giro 3			
Forma de desembolso	Transferencia <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>	Transferencia <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>	Transferencia <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>		
Tipo de cheque	Normal <input type="checkbox"/>	De gerencia <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	De gerencia <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	De gerencia <input type="checkbox"/>		
Tipo de persona	Natural <input type="checkbox"/>	Jurídica <input type="checkbox"/>	Natural <input type="checkbox"/>	Jurídica <input type="checkbox"/>	Natural <input type="checkbox"/>	Jurídica <input type="checkbox"/>		
Tipo de documento de identidad	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>
Número de documento de identidad								
Nombre completo								
Nombre de la entidad financiera								
N° de cuenta								
Tipo de cuenta	Ahorro <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>		
Monto a transferir \$								

En caso de que sea persona natural NO asociado(a), debe anexar

- Copia legible del documento de identidad.
- Certificación de la cuenta bancaria no mayor a 30 días.

En caso de que sea persona jurídica, debe anexar

- Copia de la Cámara de Comercio no mayor a 30 días.
- Copia del RUT no mayor a 30 días.
- Certificación de la cuenta bancaria no mayor a 30 días.
- Fotocopia legible del documento de identidad del representante legal.

Compra de cartera

ENTIDAD	NIT. ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	N° PRODUCTO	VALOR

Manifiesto que conozco y acepto que el valor consignado en la presente solicitud y desembolso del crédito podrá generar a mi cargo descuentos por concepto de: registro de garantías prendarias en Confecámaras, comisión por aval de garantías, gravamen a los movimientos financieros, consulta en las centrales de riesgo y cuota de administración del crédito.

Firma del asociado: _____

Nombre del asesor: _____

C.C.,C.E., ó PAS No.: _____

Teléfono: _____