



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 ☐ Cheque ☐	Transferencia ☐ Cheque ☐	Transferencia ☐ Cheque ☐
Cheque	Normal ☐ De gerencia ☐	Normal ☐ De gerencia ☐	Normal ☐ De gerencia ☐
Tipo de persona	Natural ☐ Jurídica ☐	Natural ☐ Jurídica ☐	Natural ☐ Jurídica ☐
Tipo de documento de identidad	C.C. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐ NIT ☐	C.C. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐ NIT ☐	C.C. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐ NIT ☐
Número de documento de identidad			
Nombre completo			
Nombre de la entidad financiera			
N° de cuenta			
Tipo de cuenta	Ahorro ☐ Corriente ☐	Ahorro ☐ Corriente ☐	Ahorro ☐ Corriente ☐
Monto a transferir \$			
Destino	Activos fijos ☐ Vivienda ☐ Vehículo ☐ Compra de Cartera ☐	Activos fijos ☐ Vivienda ☐ Vehículo ☐ Compra de Cartera ☐	Activos fijos ☐ Vivienda ☐ Vehículo ☐ Compra de Cartera ☐

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: _____