

**CIERRE DE CUENTAS**  
**CHIQUISERVI - FONDO VACACIONAL**

FECHA ACT. FORMATO

JULIO2026

SEÑORES

COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SERVICOOOP

Por medio del presente, solicito el cierre de las cuentas que se detallan en este formulario:

**DATOS DEL SOCIO**

APELLIDOS		NOMBRES	

C.I.	SEXO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	CELULAR
------	--	---------

ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> U. LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO	EDAD
---	------

**DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA**

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA	CIUDAD
-----------------------------------	--------

CARGO EMPRESA
---------------

**DETALLE DE LAS CUENTAS**

CUENTA #		CHIQUISERVI	<input type="checkbox"/>	FONDO VACACIONAL	<input type="checkbox"/>
CUENTA #		CHIQUISERVI	<input type="checkbox"/>	FONDO VACACIONAL	<input type="checkbox"/>
CUENTA #		CHIQUISERVI	<input type="checkbox"/>	FONDO VACACIONAL	<input type="checkbox"/>

**PARA CUENTAS CHIQUISERVI**

DATOS DE LOS NIÑOS AFILIADOS :		
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento

**AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES**

**AUTORIZACIÓN TRANSFERENCIAS:**

Datos de la Cuenta Bancaria			
Nombre del Banco		Tipo de Cuenta:	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro
Número de la Cuenta			

**LA CUENTA BANCARIA DEBE DE SER PERSONAL, EN CASO DE NO TENER CUENTA DEBE DE SOLICITAR LA AUTORIZACION PARA ACREDITACION A CUENTAS DE TERCEROS**

Autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito SERVICOOOP a depositar en mi cuenta el valor correspondiente al saldo de los valores ahorrados una vez realizada la Liquidación de Haberes.

Autorizo expresa e irrevocablemente a **COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SERVICOOOP** en caso de que exista valores pendientes de pago por los créditos otorgados a mi nombre, este valor sea REPORTADO y DESCONTADO de la LIQUIDACION DE HABERES que genere la empresa en la cual estoy en relación de dependencia, para lo cual he firmado el correspondiente **FORMATO DE AUTORIZACION PARA DESCUENTOS DE ROL DE PAGOS**.

FIRMA DEL SOCIO

C.I.

Recibido en Servicoop por:	Revisado Gerencia	Observaciones:
----------------------------	-------------------	----------------