

	<b>SOLICITUD APERTURA APORTES EXTRAORDINARIOS</b>	Código	AS-FR-44
		Versión	02
		Fecha	22-Ago-2022
		Página	1 de 1

CIUDAD	DÍA	MES	AÑO

Señores:

**COOPERATIVA MINUTO DE DIOS**

Ciudad.

REF. **Aportes Extraordinarios**

Apreciados Señores,

**1. Apertura Aportes Extraordinarios:**

Por medio de la presente autorizo la apertura de aportes extraordinarios en mi estado de cuenta, a partir del mes de del año 20\_\_\_\_, para consignar un valor de \$\_\_\_\_\_.

**2. Declaración de Origen de Fondos:**

Declaro que los recursos que entregue no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione, y que en ningún caso involucran actividades ilícitas de terceras personas y en todos los casos son fondos propios, y por lo tanto no he prestado mi nombre para transacciones ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a actividades ilícitas propias o a favor de personas relacionadas con las mismas; igualmente declaro que estos recursos provienen de:

<b>Intereses y Rendimientos Financieros</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Dividendos y Participaciones</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Honorarios y Comisiones</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Giros Internacionales</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Salarios y demás pagos laborales como cesantías</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Otros:</b>	<b>¿Cuál?:</b>

- ✓ La apertura se realizará 2 días hábiles, posteriores a su solicitud.
- ✓ En caso de no realizar abonos al aporte extraordinario o no contar con un valor acumulado, en el transcurso de 6 (seis) meses, la Cooperativa Minuto de Dios podrá realizar el cierre de este concepto y el asociado deberá solicitar su apertura nuevamente.
- ✓ El asociado podrá realizar el pago de los aportes extraordinarios de manera interrumpida y en el momento que lo desee.
- ✓ La devolución de los aportes extraordinarios se realizará, de acuerdo con lo establecido en los artículos 44 y 45 de los estatutos de la Cooperativa Minuto de Dios.

Agradezco su atención.

Cordialmente,

Firma del Asociado:	Nombre Completo:
Doc. Identidad:	Correo electrónico:
Teléfono	Celular: