

Formulario No 1	FORMATO CAMBIO DE BENEFICIARIOS	
-----------------	--	---

Para este trámite de actualización se deben diligenciar el total de beneficiarios sobre los cuales se distribuyen porcentualmente los aportes sociales. De esta manera se anulan los beneficiarios reportados inicialmente en el formulario de afiliación a la Cooperativa.

Me permito solicitar que a partir de la fecha se modifique la información de beneficiarios sobre los cuales es mi voluntad se asigne la distribución de mis aportes sociales acumulados en COOMULTRASALUD:

INFORMACION DE BENEFICIARIOS SOBRE LOS APORTES								
No. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	GENERO		FECHA DE			PARENTESCO	%
		F	M	DD	MM	AA		

Para todos los efectos con mi firma acepto que los beneficiarios reportados en este formato reemplacen la información existente en la base de datos de la Cooperativa.

Fecha de Diligenciamiento: DD/MM/AÑO

Nombres y apellidos del asociado _____

FIRMA _____

Tipo y No. identificación _____