



FORMATO DE DEVOLUCIÓN DE DINERO

CÓDIGO: CCIQ – DD – F

Versión: 2

Página 1 de 1

CIUDAD: _____

FECHA: _____

Señores

COLEGIO COLOMBIANO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA – COLDINSQUI

Yo, _____ identificado(a) con _____ N° _____ solicito la devolución del valor (en número) _____ (en letras) _____ por concepto de _____ pago realizado en la plataforma SARA-COLDINSQUI.

Por la siguiente razón:

Declaro bajo gravedad de juramento que la información descrita anteriormente es verídica y que es la primera vez que realizó este tipo de solicitud ante el Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica.

Firma: _____

Escriba los datos para devolución en caso de aprobación:

Entidad bancaria:	Tipo de cuenta:
N° de cuenta:	
Nombre completo del titular:	

Adjuntar los siguientes documentos a la solicitud

- Documento de identificación del solicitante por ambas caras.
- Certificación bancaria.

Nombre del solicitante
Dirección
Teléfono
Departamento
Municipio
Correo electrónico.

***El formato debe estar diligenciado con letra legible, en caso de que la información no sea legible o lo aquí registrado no podrá ser gestionado.**

En caso tal que la solicitud sea aprobada se realizará una transacción electrónica en los siguientes 15 días hábiles posteriores a la aprobación.

Espacio de uso exclusivo para el Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica

APROBADO

NO APROBADO

Fecha de aprobación:

funcionario: