

DILIGENCIAR EL FORMATO EN TINTA NEGRA Y LOS ESPACIOS QUE NO APLIQUEN REGISTRAR N/A O ANULARLOS

I. Información general

Información del CDT	Oficina		Fecha de diligenciamiento		DD	MM	AAAA
	No. de CDT		Tipo de CDT	Físico Desmaterializado	Tipo de Cancelación	Total	Parcial
	Nombre del Primer Titular		Número de Identificación del Primer Titular				
	Valor cancelación capital		Valor cancelación intereses		Total		
Causales de cancelación	¿Se ofertó tasa de retención?	Si No		Tasa de retención ofertada (%)			
	Causal de cancelación	Compra de activos Pago de deudas	Credibilidad en la entidad Temas tributarios	Deficiencia en servicio al cliente Pago de Estudios	Tasa de interés Viajes	Cancelación parcial Adecuaciones locativas	Otra inversión ¿Cuál?

II. Información para el pago a Titular(es) - diligenciar únicamente si el pago de la cancelación es a Titular(es)

Tipo de Ident.	Número de Identificación	Nombre Completo	Valor	Forma de Pago	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta	Entidad Bancaria	Autorización para levantar sellos restrictivos
				CH ACH Giro Bancario		AH CTE		Primer Beneficiario Cruce restrictivo
				CH ACH Giro Bancario		AH CTE		Primer Beneficiario Cruce restrictivo
				CH ACH Giro Bancario		AH CTE		Primer Beneficiario Cruce restrictivo
				CH ACH Giro Bancario		AH CTE		Primer Beneficiario Cruce restrictivo
				CH ACH Giro Bancario		AH CTE		Primer Beneficiario Cruce restrictivo
				CH ACH Giro Bancario		AH CTE		Primer Beneficiario Cruce restrictivo
Total				El(los) abajo firmante(s) en mi(nuestra) calidad de Titular(es) identificado(s) como aparece al pie de mi(nuestra) firma, me(nos) hago(hacemos) absolutamente responsables por la solicitud de levantamiento de sellos restrictivos realizada a Credifinanciera S.A.				

Observaciones:

III. Información para el pago a Tercero(s) - diligenciar únicamente si el pago de la cancelación es a Tercero(s)



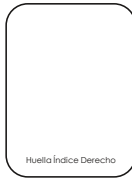


El(los) abajo firmante(s) en mi(nuestra) calidad de Titular(es) identificado(s) como aparece al pie de mi(nuestra) firma, en pleno uso de mis(nuestras) facultades, autorizo(amos) se realicen los pagos por concepto de cancelación de la inversión a las siguientes personas:

Tipo de Ident.	Número de Identificación	Nombre Completo	Valor	Forma de Pago	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta	Entidad Bancaria
				CH ACH Giro Bancario		AH CTE	
				CH ACH Giro Bancario		AH CTE	
				CH ACH Giro Bancario		AH CTE	

1. Credifinanciera S.A. informa que de acuerdo con las disposiciones de la Superintendencia Financiera de Colombia en materia del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, todos los terceros autorizados estarán sujetos a las validaciones que den a lugar, en consecuencia nos reservamos el derecho de realizar dichos pagos.

2. Credifinanciera S.A. no levantará sellos restrictivos de cheques expedidos a favor de terceros.

IV. Espacio para la firma de Titular(es)

_____ Nombre _____ No. ID _____		_____ Nombre _____ No. ID _____		_____ Nombre _____ No. ID _____	
_____ Nombre _____ No. ID _____		_____ Nombre _____ No. ID _____			

V. Espacio para la firma del Director de Captación o Consultor Financiero de Credifinanciera

Medio por el cual se recibió la instrucción del cliente: _____

Firma del Director de Captación o Consultor Financiero

 Nombre completo _____
 No. Identificación _____