

ASESORIAS JURIDICO ESTATALES

SEÑORES DEMADANTES:

Por medio de la presente solicito de la manera mas respetosa llenar el formulario que a continuación aparece, con el fin de corroborar la información de las personas que están vinculadas a la acción de grupo adelantada por el cobro en exceso de las comisiones de administración sus efectos jurídicos y de esta manera liquidar los perjuicios directos e indirectos causados.

DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
CIUDAD	
TELEFONO O CELULAR	
EMAIL	

MARQUE CON UNA X EL ESTATUS LABORAL EN QUE SE ENCUENTRA EN ESTE MOMENTO				
JUBILADO <input checked="" type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	ACTIVO DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	ACTIVO INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	INACTIVO <input type="checkbox"/>

MARQUE CON UNA X POR CUAL DE ESTOS MEDIO ORRGÒ PODER				
OFICINA <input type="checkbox"/>	SINDICATO. <input type="checkbox"/>	GESTOR "NOMBRE" <input type="checkbox"/>	REFERIDO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>

MARQUE CON UNA X LOS FONDOS EN LOS QUE HA COTIZADO A PENSION.			
ISS <input type="checkbox"/>	PORVENIR <input type="checkbox"/>	COLFONDOS <input type="checkbox"/>	SANTANDER <input type="checkbox"/>
COLPENSIONES. <input type="checkbox"/>	PROTECCION <input type="checkbox"/>	COLMENA <input type="checkbox"/>	SKANDIA <input type="checkbox"/>
CAJANAL <input type="checkbox"/>	HORIZONTE <input type="checkbox"/>	COLPATRIA. <input type="checkbox"/>	ING <input type="checkbox"/>

POR FAVOR COLOCAR LOS DATOS DE LA CONSIGNACION POR VALOR DE \$60.000 PESOS, PARA LOS GASTOS PROPIOS DEL TRÀMITE FINANCIERO FINANCIERO REALIZADO, PARA SERVIR COMO SOPORTE DE TODAS LAS RECLAMACIONES A REALIZAR.	
FECHA DE LA CONSIGNACION	
VALOR CONSIGNADO	
NÚMERO DE COMPROBANTE	