



## CARTA DE COMPROMISO DE PAGO

COOPICBF

Respetados Señores:

Me comprometo a adquirir la responsabilidad del pago mensual de sus aportes de mi hijo, padres, hermanos o esposo \_\_\_\_\_, identificado con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ con el fin de darle cumplimiento al deber de lo pactado con la cooperativa COOPICBF

**LEONOR CARVAJALINO CASTRO**

**GERENTE**

**NOMBRE Y APELLIDO**

**ASOCIADO RESPONSABLE**