**ACTA DE ELIMINACIÓN DE PAGARES.**

Fecha:

Hora:

Lugar:

Asistentes: Responsable del manejo de los Pagares.

Asunto: Eliminación de documentos

Atentamente dejamos constancia de la eliminación de los siguientes documentos soporte de desembolso de créditos que a la fecha se encuentran en estado cancelado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de destrucción** | **Nombres y apellidos del titular del pagaré** | **Número de identificación del titular del pagaré** | **Fecha de expedición del pagaré** | **Numero de Pagare o Número tarjeta debito** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Firmas de las personas que intervienen en el proceso:

**FUNCIONARIO ENCARGADO DEL ARCHIVO. FUNCIONARIO QUE APOYA EN LA DEPURACIÓN.**