

# ORDEN DE CANCELACIÓN DE PORTABILIDAD DE NÓMINA

“Usted tiene derecho a que, sin costo a su cargo, los recursos de su salario, pensiones y otras prestaciones de carácter laboral que le depositen en la cuenta que tiene en esta institución, se transfieran a otra cuenta de la que usted sea titular, abierta en otro banco.

Para ello, únicamente requiere presentar su solicitud en cualquiera de nuestras sucursales o a través de nuestro servicio de banca electrónica por Internet que, en su caso, usted haya contratado con nosotros, mediante los formatos que tenemos a su disposición en dichas sucursales o en nuestra página electrónica de Internet, así como exhibir la documentación señalada en dichos formatos.”

[www.bancoppel.com](http://www.bancoppel.com)

L A D A SIN COSTO 01 800 1 BCOPPEL 2267735



Operación considerada para la garantía hasta por 400 mil UDIS por persona por institución.  
[www.ipab.org.mx](http://www.ipab.org.mx)

 **BanCoppel**

Ver condiciones, comisiones y requisitos en [www.bancoppel.com](http://www.bancoppel.com).

**CONDUSEF:** [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx) 53 400 999 ó 01800 999 80 80. **UNE:** [une@bancoppel.com](mailto:une@bancoppel.com) (55)52780000. BanCoppel, S.A. Institución de Banca Múltiple, es una persona moral distinta de Coppel S.A. de C.V. así como de cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados.

# Formato para ordenar ante sucursales la cancelación de la transferencia de los recursos correspondientes a Prestaciones Laborales

\_\_\_\_\_\* , \_\_\_\_\_\* , a \_\_\_\_\* de \_\_\_\_\* de \_\_\_\_\*  
*Ciudad* *Entidad Federativa* *Día* *Mes* *Año*

\_\_\_\_\_\* :  
*Denominación de la Institución Ordenante*

Yo, \_\_\_\_\_(Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno)\*, por mi propio derecho y por este acto, instruyo a que cancelen la transferencia periódica de los recursos correspondientes a mis salarios o, según sea el caso, pensiones, así como las demás prestaciones laborales que se depositen en mi cuenta número \_\_\_\_\_(dieciocho dígitos de la Cuenta Ordenante\*) que lleva \_\_\_\_\_(Institución Ordenante), a la cuenta que tengo abierta a mi nombre en la institución de crédito denominada \_\_\_\_\_(Institución Receptora) y que corresponde a la identificada con el número de cuenta \_\_\_\_\_(dieciocho dígitos de la Cuenta Receptora\*) o con el número de tarjeta de débito vigente \_\_\_\_\_(dieciséis dígitos de la tarjeta de débito de la Cuenta Receptora\*).

Esta solicitud deberá surtir efectos a más tardar el segundo Día Hábil Bancario siguiente a la fecha en que la presente sea recibida.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL CLIENTE**

La presente solicitud ha sido recibida por \_\_\_\_\_(Denominación de la Institución Ordenante)\*\* el \_\_\_\_\*(Día)\*\* de \_\_\_\_\*(Mes)\*\* de \_\_\_\_\*(Año)\*\* y, para dar seguimiento a su tramitación, se le ha asignado el folio: \_\_\_\_\_(Número)\*\*.

\*Los datos correspondientes a estos rubros deberán ser llenados por el cliente al momento de presentar la solicitud.

\*\*Los datos correspondientes a estos rubros deberán ser llenados por la Institución al momento de recibir la solicitud.