

CERTIFICACIÓN DE ASOCIADOS POR GÉNERO

El infrascrito Secretario (a) del Consejo de Administración de la Cooperativa_____

_____Responsabilidad Limitada, CERTIFICA:

Que el total de asociados de la Cooperativa es de_____hombres y_____mujeres.

Y para remitir a donde corresponda extendiendo, firmo y sello la presente, en una hoja de papel bond, tamaño media carta, en la Ciudad de Guatemala, el día_____de _____de 20_____.

CERTIFICO

Nombre Secretario
Consejo de Administración

Vo.Bo.
Nombre Presidente o
Representante Legal