



FORMATO DE SOLICITUD AUXILIO DE SOLIDARIDAD

FECHA RADICACION _____

AUXILIO PARA EL ASOCIADO:

NOMBRE DEL ASOCIADO: _____

TIPO DE DOCUMENTO _____ No. _____ DE: _____

EMAIL _____ CELULAR _____

CLASE DE AUXILIO:
MATERNIDAD _____ INCAPAC. MAYOR 30 DIAS _____
ODONTOLOGI/ _____ IMPLEMENTOS ORTOP. _____
GASTOS OPTOMET. _____ MEDIC. Y DROGAS (NO EPS) _____
CALAMIDAD _____ EXTRAORDINARIO _____

FECHA ASOCIACION _____ H. COOPERAT. CERTIFICADAS: _____

APORTES AL DIA SI _____ NO _____ CREDITO AL DIA SI _____ NO _____

AUXILIO PARA EL BENEFICIARIO:

NOMBRE _____ PARENTESCO _____

TIPO DE DOCUMENTO _____ No. _____ DE: _____

CLASE DE AUXILIO:
ODONTOLOGI/ _____ IMPLEMENTOS ORTOP. _____
GASTOS OPTOMET. _____ MEDIC. Y DROGAS (NO EPS) _____

DOCUMENTOS ANEXOS:

1. FOTOCOPIA DE LA CEDULA	SI _____	NO _____
2. FACTURA ELECTRONICA	SI _____	NO _____
3. CERTIFICADO HORAS COOPER.	SI _____	NO _____
4. RUT (EN CASO DE NO TENER FACT.ELECT.)	SI _____	NO _____
5. OTROS CUAL.....	SI _____	NO _____

AUXILIO FUNERARIO AL DIA SI _____ NO: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ

APROBADO : SI _____ NO _____ VALOR APROBADO _____

VO. Bo. GERENCIA

CAUSALES DE DEVOLUCION: _____

PRESIDENTE

SECRETARIO

SUPLENTE