



COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE COLMOTORES "COOPECOL" LTDA

NIT. 860. 020. 315 -0

FORMATO UNICO DEL COMITE DE SOLIDARIDAD

F.U.C.S.O.L

RADICADO: _____

FECHA: _____

DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRE (S) _____
APELLIDO (S) _____
CARNET _____ No. CEDULA _____ DEPENDENCIA _____
DIRECCION DE RESIDENCIA _____
TELEFONO _____ CELULAR _____ E-MAIL _____
FECHA DE AFILIACION DD ___ MM ___ AÑO ___
TIEMPO DE ASOCIADO A COOPECOL MESES ___ AÑOS ___

INFORMACION DE SOLICITUD

TIPO DE SOLICITUD *AUXILIO DE SALUD* _____ *AUXILIO POR DEFUNCION* _____
CALAMIDAD DOMESTICA _____ *AUXILIO POR NACIMIENTO* _____

BENEFICIARIO DEL AUXILIO _____ EDAD _____
PARENTESCO CON EL ASOCIADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

SOPORTES DE LA SOLICITUD

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO _____
COPIA LEGIBLE DEL RECIBO DE PAGO O FACTURA CON SU RESPECTIVO SELLO DE CAJA _____
COPIA DE HISTORIA CLINICA _____
DECLARACION EXTRAJUICIO DE DEPENDENCIA ECONOMICA _____

Firma del Asocio _____
C.C. _____

INFORMACION DE SOLICITUD (EXCLUSIVO COMIT É DE SOLIDARIDAD)

VERIFICACION DE LA INFORMACION *SI* _____ *NO* _____
EXISTEN DOCUMENTOS PENDIENTES *SI* _____ *NO* _____
¿CUÁL (ES)? _____

VALOR APROBADO \$ _____ *EN LETRAS* _____
AUTORIZADO POR _____

ACTA No COMITE DE SOLIDARIDAD _____

Presidente C.S.

Secretario C.S.

NOTA: LA RECEPCION DE LOS DOCUMENTOS NO OBLIGA LA COOPERATIVA AL DESEMBOLSO DE LOS MISMOS