"COOGEOGRAFICO"

COOPERATIVA MULTIACTIVA AGUSTIN CODAZZI

SOLICITUD DE AUXILIOS

FECHA DE RECEPCIÓN	
DÍA ☐☐ MES ☐☐	AÑO ☐☐☐☐
RECIBIDO POR:	No.DE RADICACIÓN:
.....	.....

DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	IDENTIFICACIÓN C.C.No.
E-mail:	Celular: / ENTIDAD DONDE LABORA ACTUALMENTE

AUXILIO SOLICITADO (Marcar Cuadro)

- [1] POR ENFERMEDAD
- [2] POR NATALIDAD
- [3] POR GASTOS ODONTOLÓGICOS
- [4] POR GASTOS ÓPTICOS

DOCUMENTOS QUE ANEXA (Marcar Cuadro)

- [1] CERTIFICADO DE INCAPACIDAD EMITIDO POR EPS
- [2] REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO CON PARENTESCO
- [3] FACTURA ORIGINAL CANCELACIÓN SERVICIO ODONTOLÓGICO
- [3] DIAGNOSTICO DENTAL ORIGINAL
- [4] ORIGINAL DEL DIAGNÓSTICO ÓPTICO
- [4] FACTURA ORIGINAL POR CANCELACIÓN POR SERVICIO ODONTOLÓGICO

AUTORIZACIONES

AUTORIZO A COOGEOGRAFICO PARA QUE EL VALOR DEL AUXILIO APROBADO SEA CONSIGNADO EN LA CUENTA DE: ☐ AHORROS ☐ CORRIENTE No. .....

DEL BANCO .....

HUELLA I.D.

Firma .....

C.C. .....

ESTUDIO DEL AUXILIO

DÍA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐	FECHA DEL SUCESO O CANCELACIÓN FACTURA ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
¿TIENE CURSO BÁSICO DE ECONOMÍA SOLIDARIA? SI ☐ NO ☐	ESTÁ A PAZ Y SALVO? SI ☐ NO ☐ DD MM ☐AA☐
ÚLTIMO AUXILIO DE LA MISMA MODALIDAD CONCEDIDO ACTA ..... MES ..... AÑO	VALOR A PAGAR $ .....

APROBACIÓN COMITÉ DE SOLIDARIDAD ACTA No. .....

FECHA

DÍA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐

.....