



INFORMACIÓN BÁSICA DEL ASOCIADO

CIUDAD: \_\_\_\_\_  
 FECHA: DD MM AAAA \_\_\_\_\_  
 NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASOCIADO: \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ EMPRESA EN LA QUE LABORA: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ No. TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

Marque con una X el medio por el cual desea recibir el pago de su auxilio.

Retiro personal:   
 Consignación:   
 Tipo de cuenta: Ahorro  Corriente  Numero de cuenta: \_\_\_\_\_  
 Banco: \_\_\_\_\_

TIPO DE AUXILIO

1) Natalidad  3) Hospitalización y/o cirugía   
 2) Defunción  4) Otro   
 Cual: \_\_\_\_\_

REQUISITOS OBLIGATORIOS  
Maque con una X el documento que adjunta de acuerdo al tipo de auxilio

NATALIDAD	FALLECIMIENTO	MEDICAMENTOS, HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGIA:	OTROS
<input type="checkbox"/> Registro civil de nacimiento	<input type="checkbox"/> Registro de defunción. <input type="checkbox"/> Certificado de parentesco del asociado con el beneficiario. <input type="checkbox"/> Factura de cancelación o certificado de la entidad que le presto el servicio funerario.	<input type="checkbox"/> Formula medica. <input type="checkbox"/> Facturas expedidas por la entidad de salud y canceladas por el asociado.	<b>TRATAMIENTOS ESPECIALES:</b> <input type="checkbox"/> Fotocopia historia clinica - certificado de parentesco. <b>PERDIDA PARCIAL O TOTAL DE LA VIVIENDA:</b> <input type="checkbox"/> Certificado de libertad no mayor a 30 días y constancia de autoridad competente. <b>PERDIDA VEHICULO O MUEBLES Y ENSERES:</b> <input type="checkbox"/> Carta de propiedad y denuncia ante autoridad competente. <b>MEDIDA DE ASEGURAMIENTO:</b> <input type="checkbox"/> Constancia de autoridad competente. <b>ACTOS TERRORISTAS:</b> <input type="checkbox"/> Constancia de autoridad competente.

FIRMA DEL ASOCIADO(A)

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE:  
 C.C.

**Nota:** Para constancia de la siguiente solicitud firmo a continuación.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA COOPERATIVA

FECHA DE INGRESO DEL ASOCIADO: DD MM AAAA \_\_\_\_\_  
 ESTA A PAZ Y SALVO EN: Cuotas de solidaridad: SI  NO   
 Aportes: SI  NO   
 Cartera: SI  NO   
 ULTIMO AUXILIO OTORGADO: \_\_\_\_\_ FECHA: DD MM AAAA \_\_\_\_\_  
 VALOR AUTORIZADO: \_\_\_\_\_

FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ QUE OTORGAN EL AUXILIO.

Firma: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Cedula: _____	Cedula: _____
Firma: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Cedula: _____	Cedula: _____