

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS COOPETRASAM
Nít 860.022.384-8



FORMATO SOLICITUD AUXILIO DE SOLIDARIDAD

INFORMACIÓN ASOCIADO SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD ____ / ____ / ____

Tipo de auxilio funerario Enfermedad Calamidad domestica
Otro Cual? _____

Nombres y apellidos asociado: _____ Código: _____ Fecha de Nacimiento: _____

C.C. No: _____ de _____ Dirección: _____ Barrio: _____

Ciudad: _____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: Empleado Pensionado Independiente Estudiante Otro cual? _____

Si la solicitud es por enfermedad o fallecimiento de un familiar diligencie la siguiente información

Nombres y apellidos : _____ C.C _____

Tipo de auxilio: _____ Parentesco: _____

Firma asociado solicitante _____

Nombres y apellidos _____

No documento: _____

Firma y sello recibido funcionario COOPETRASAM

APROBACION (ESPACIO EXCLUSIVO COOPETRASAM)

SOLICITUD APROBADA: SI NO Ver observaciones _____ Fecha de aprobación o rechazo _____

Valor aprobado _____ Valor en letras _____

Acta No _____

COMITÉ DE SOLIDARIDAD

Firma _____
Nombre: _____

Firma _____
Nombre: _____

OBSERVACIONES: _____

DOCUMENTOS ANEXOS PARA SOLICITAR UN AUXILIO:

Auxilio funerario	Enfermedad	Calamidad doméstica
Fotocopia cédula de ciudadanía asociado	Fotocopia cédula de ciudadanía asociado	Fotocopia cédula de ciudadanía asociado
Fotocopia cédula de ciudadanía beneficiario	Fotocopia cédula de ciudadanía beneficiario	presentar certificación del imprevisto por la entidad competente
Registro civil con parentesco	Documentos certificando incapacidad médica u hospitalización	Otros
Certificado de defunción		