FORMATO DE SOLICITUD AUXILIO DE SOLIDARIDAD

FECHA RADICACION_____

AUXILIO PARA EL AFILIADO:

NOMBRE DEL AFILIADO: _____

TIPO DE DOCUMENTO_____No. _____DE:_____

CLASE DE AUXILIO:

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

FECHA AFILIACION_____ **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