



COOPDELIMA

Tu bienestar, nuestro compromiso

FORMATO PARA SOLICITUD DE AUXILIOS

FECHA: _____ CIUDAD: _____

CEDULA: _____

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

EMPRESA: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

CUENTA PARA TRANSFERIR: TIPO DE CUENTA: AHORROS:___ CORRIENTE:___ ENTIDAD: _____

NUMERO DE CUENTA: _____

AUXILIO SOLICITADO: SALUD: _____ EXEQUIAL: _____

SOLICITANTE: ASOCIADO(A):___ ESPOSO(A):___ HIJOS:___ PADRES:___

SOPORTES PRESENTADOS: _____

FIRMA ASOCIADO: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE COOPDELIMA

FECHA INGRESO A COOPDELIMA: _____ TIEMPO DE PERMANENCIA: _____

VALOR DEL AUXILIO AL CUAL TIENE DERECHO(SEMESTRE): \$ _____ SEMESTRE: 1° ___ 2° ___

VALOR DEL AUXILIO QUE SE ENTREGA (SEGÚN SOPORTES): \$ _____

SALDO PENDIENTE POR ENTREGAR SEMESTRE: (SALUD): \$ _____

APROBADO: ___ NEGADO: ___

OBSERVACIONES: _____

Gerencia:

Contabilidad: