

MAYOR DE EDAD MENOR DE EDAD

-I. ESPACIO PARA EL ASOCIADO

NOMBRE(S)	PRMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
-----------	----------------	------------------

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DIA _____ MES _____ AÑO _____	DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I.
--	---

DIRECCIÓN RESIDENCIA ACTUAL	CIUDAD
-----------------------------	--------

EMPRESA DONDE LABORA	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO (\$)
----------------------	-------------------	--------------

TELEFONO CELULAR	CORREO PERSONAL
------------------	-----------------

TELEFONO FIJO	CORREO EMPRESARIAL
---------------	--------------------

NOMBRE DEL BENEFICIARIO PARA QUIEN LO SOLICITA	PARENTESCO
--	------------

AUXILIO SOLICITADO	LENTES Y MONTURA _____ EDUCATIVO _____	DEFUNCIÓN SUPLETIVO _____ TRATAMIENTO ESPECIALIZADO _____	MATERNIDAD _____ INCAPACIDAD _____
	_____ FIRMA DEL ASOCIADO		

II. ESPACIO PARA FESCOOP

FECHA DE VINCULACIÓN AL FONDO: DIA _____ MES _____ AÑO _____ ANTIGÜEDAD: _____ MESES

AUXILIOS RECIBIDOS DURANTE EL PRESENTE AÑO: SÍ _____ NO _____ CUAL? _____

III. OBSERVACIONES SITUACIÓN FINANCIERA

IV. ESTUDIO DE LA SOLICITUD

FECHA DE LA REUNIÓN: _____ ACTA No. _____

_____ APROBADA _____ NEGADA _____ APROBACIÓN CONDICIONAL _____ REMITIDA A LA JUNTA DIRECTIVA

CAUSA(S): _____

VALOR APROBADO PARA EL AUXILIO: \$ _____

 PRESIDENTE DEL COMITÉ SECRETARIA DEL COMITÉ INTEGRANTE DEL COMITÉ