

COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES  
DE LA INDUSTRIA DE LA MADERA



## COMITÉ DE SOLIDARIDAD AUXILIO DE SOLIDARIDAD

CIUDAD Y FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE ASOCIADO \_\_\_\_\_

FECHA DE AFILIACION \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS:**

ESPOSO (A) \_\_\_\_\_

PADRE \_\_\_\_\_

OTRO \_\_\_\_\_

HIJO(A) \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_

CUAL \_\_\_\_\_

**CLASE DE AUXILIO SEGÚN REGLAMENTO**

MATERNIDAD \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO Y DROGAS (NO EPS) \_\_\_\_\_

ODONTOLOGIA \_\_\_\_\_ IMPLEMENTOS ORTOPEDICOS \_\_\_\_\_

GASTOS DE OPTOMETRIA \_\_\_\_\_ CALAMIDAD \_\_\_\_\_

INCAPACIDAD MAYOR A 30 DIAS \_\_\_\_\_ EXTRAORDINARIO \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS ANEXOS A LA SIGUIENTE SOLICITUD**

CEDULA \_\_\_\_\_

FACTURAS \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

CUAL : \_\_\_\_\_

N° DE HORAS COOPERATIVAS  
CERTIFICADAS

V°B° RADICACION \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

V°B° GERENCIA \_\_\_\_\_

C.C

PARA USO DEL COMITÉ

APROBADO  SI  NO  
VALOR AUXILIO \$

CAUSAL DE DEVOLUCION

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO

\_\_\_\_\_  
SUPLENTE