

## SOLICITUD DE AUXILIO

Fecha De Solicitud:

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Comedidamente solicito sea considerada mi solicitud de auxilio, para la cual suministro la siguiente información:

Cédula	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
N° de Celular	Teléfono fijo	Ciudad de residencia	Dirección de la residencia
E-Mail			Entidad donde labora

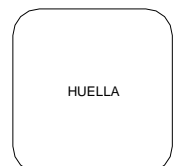
TIPO DE AUXILIO	DOCUMENTOS PARA ANEXAR	MARQUE CON UNA X
Auxilio de Maternidad	Registró civil de nacimiento.	<input type="checkbox"/>
Auxilio por Deceso	Registro civil de defunción donde conste el vínculo del (la) asociado (a) con el difunto.	<input type="checkbox"/>
Auxilio por incapacidad médica o quirúrgica	Orden o certificación médica de la E.P.S, firmada por el profesional que conceda y señale los días de la incapacidad, Comprobante de nómina donde este evidenciado los descuentos de la incapacidad y resolución emitida por la entidad donde labora.	<input type="checkbox"/>
Auxilio de gafas o lentes de contacto	Orden o certificación de la E.P.S, formada por el profesional donde conste la necesidad médica; factura cancelada con los requisitos legales.	<input type="checkbox"/>
Auxilio de Calamidad domestica	Aplica requisitos según la calamidad de capítulo I, artículo 5 del acuerdo N° 010 del 27 de abril de 2017.	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

El trámite está sujeto a las condiciones, requisitos y aprobación contemplada en el acuerdo N° 010 del 27 de abril de 2017, plazo máximo de la consignación de los recursos es de 30 días calendario. Para poder verificar la autenticidad de los documentos deberán allegar en forma físico en las oficinas de COOTRADIAN.

En caso de ser aprobada mi solicitud de auxilio por favor consignarla la cuenta:

Nombre del titular de la cuenta:		Cedula del titular:
Cuenta	Número de cuenta	Entidad bancaria
Ahorros: _____	Corriente: _____	



\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante