

# SOLICITUD DE AUXILIOS DE SOLIDARIDAD



Anexo al Reglamento firmado, el 1 de Marzo de 2003  
Según acta de ASAMBLEA No. 016 - Programa de Recolecta

PARA USO EXCLUSIVO DEL ASOCIADO A FONDEICON				
FECHA	EMPRESA	No. CEDULA	NOMBRE	FECHA INGRESO FONDO
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> No. cuenta		Banco		Ciudad
MARQUE EL AUXILIO SOLICITADO Y ANEXE LOS DOCUMENTOS QUE SE RELACIONAN				
SALUD <input type="checkbox"/> ANTEOJOS <input type="checkbox"/>		MUERTE DEL ASOCIADO	MUERTE DE FAMILIAR RECOLECTA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Factura cancelada no mayor a 30 días, preferiblemente original, con sellos y membretes, fórmula médica y copia del RUT.</li> <li>Incapacidad expedida por la EPS a partir del día número 12 y se cubre máximo 5.</li> <li>Registro de Nacimiento o Registro Civil.</li> </ul>		Se informarán en el momento de la solicitud, a los herederos	Certificado de defunción del beneficiario y Registro Civil del asociado	
FIRMA ASOCIADO (A):				
CELULAR.		DIRECCION.		
ESPACIO RESERVADO PARA EL COMITÉ DE SOLIDARIDAD				
GRUPO FAMILIAR CORRECTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Verificado por:	
APROBADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA: Año Mes Día	VALOR APROBADO \$	
OBSERVACIONES:				
Fecha y Sello de Recibido Funcionario.		Recibido por:	Aprobado por:	