SOLICITUD DE AUXILIO

DATOS DEL ASOCIADO	Fecha diligenciamiento																														
	Día / Mes / Año																														
Nombres y Apellidos _____																															
Cédula N° _____ Teléfono _____ E-mail _____																															
Línea de Auxilio:																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Auxilio de Salud Visual</td> <td style="text-align: center;">Auxilio de Nacimiento</td> </tr> <tr> <td>Requisitos ☐</td> <td>Requisitos ☐</td> </tr> <tr> <td>Copia factura cancelada (No mayor a 30 días) Copia formula médica</td> <td>Copia de certificado civil de nacimiento Vivo (fecha de expedición inferior a 30 días)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Auxilio Matrimonio</td> <td style="text-align: center;">Auxilio Pensional</td> </tr> <tr> <td>Requisitos ☐</td> <td>Requisitos ☐</td> </tr> <tr> <td>Copia de certificado de matrimonio (fecha de expedición inferior a 30 días)</td> <td>Resolución de pension</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Auxilio Exequial</td> <td style="text-align: center;">Auxilio Escrituras</td> </tr> <tr> <td>Requisitos ☐</td> <td>Requisitos ☐</td> </tr> <tr> <td>Acta de defunción Copia registro civil del asociado Copia cedula asociado y fallecido</td> <td>Copia de las escrituras Copia factura cancelada</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Auxilio Medicamento No POS</td> <td style="text-align: center;">Auxilio Educativo</td> </tr> <tr> <td>Requisitos ☐</td> <td>Requisitos ☐</td> </tr> <tr> <td>Copia factura cancelada Copia formula médica</td> <td>Copia cedula asociado y beneficiario Copia certificado de matrícula y notas del último semestre</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Auxilio Hospitalizacion (Despues 3 día)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Requisitos ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Copia Historia clinica Copia Incapacidad medica</td> <td></td> </tr> </table>	Auxilio de Salud Visual	Auxilio de Nacimiento	Requisitos ☐	Requisitos ☐	Copia factura cancelada (No mayor a 30 días) Copia formula médica	Copia de certificado civil de nacimiento Vivo (fecha de expedición inferior a 30 días)	Auxilio Matrimonio	Auxilio Pensional	Requisitos ☐	Requisitos ☐	Copia de certificado de matrimonio (fecha de expedición inferior a 30 días)	Resolución de pension	Auxilio Exequial	Auxilio Escrituras	Requisitos ☐	Requisitos ☐	Acta de defunción Copia registro civil del asociado Copia cedula asociado y fallecido	Copia de las escrituras Copia factura cancelada	Auxilio Medicamento No POS	Auxilio Educativo	Requisitos ☐	Requisitos ☐	Copia factura cancelada Copia formula médica	Copia cedula asociado y beneficiario Copia certificado de matrícula y notas del último semestre	Auxilio Hospitalizacion (Despues 3 día)		Requisitos ☐		Copia Historia clinica Copia Incapacidad medica		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Índice</p> <p>Contribuciones hasta el agotamiento del presupuesto o recursos del Fondo de Bienestar Social</p>
Auxilio de Salud Visual	Auxilio de Nacimiento																														
Requisitos ☐	Requisitos ☐																														
Copia factura cancelada (No mayor a 30 días) Copia formula médica	Copia de certificado civil de nacimiento Vivo (fecha de expedición inferior a 30 días)																														
Auxilio Matrimonio	Auxilio Pensional																														
Requisitos ☐	Requisitos ☐																														
Copia de certificado de matrimonio (fecha de expedición inferior a 30 días)	Resolución de pension																														
Auxilio Exequial	Auxilio Escrituras																														
Requisitos ☐	Requisitos ☐																														
Acta de defunción Copia registro civil del asociado Copia cedula asociado y fallecido	Copia de las escrituras Copia factura cancelada																														
Auxilio Medicamento No POS	Auxilio Educativo																														
Requisitos ☐	Requisitos ☐																														
Copia factura cancelada Copia formula médica	Copia cedula asociado y beneficiario Copia certificado de matrícula y notas del último semestre																														
Auxilio Hospitalizacion (Despues 3 día)																															
Requisitos ☐																															
Copia Historia clinica Copia Incapacidad medica																															
USO EXCLUSIVO DE FORJANDO																															
VALOR AUXILIO \$ _____	Fecha aprobado _____ Día / Mes / Año																														
AUXILIO: APROBADO ☐ APLAZADO ☐ NEGADO ☐																															
Observaciones: _____																															
Aprobó Comité De Bienestar Social: _____ Revisó Gerencia: _____																															