



Municipio _____ Fecha _____

Señores:
COMITÉ DE SOLIDARIDAD
COOPJUDICIAL
Ibagué Tolima

Asunto: Solicitud

1.- Seleccione el auxilio a solicitar, así:

Compra de Gafas____, Compra de Medicamentos____, Copagos____, Consultas____, exámenes de laboratorio____, Odontología____, Cirugía____, Maternidad____, Gastos de Hospitalización____, Hospitalización Asociado____, Defunción Beneficiarios____, Defunción Asociado____, Incapacidad____, Servicio de Ambulancia_____.

2.- Especificar si el auxilio es para el asociado o beneficiario;

Asociado: Si ____ No ____

Beneficiario: Si____, No____, Nombre _____

2.- Por valor de: _____, de los cuales anexo los siguientes soportes de acuerdo al auxilio solicitado (marcar con una X);

Odontología (factura y copia historia clínica). _____

Incapacidad (Nomina donde se refleja la incapacidad y orden de incapacidad). _____

Compra de Medicamentos (formula médica y factura). _____

Compra de Gafas (formula médica y factura). _____

Defunción (factura y registro de defunción). _____

Maternidad o Paternidad (Registro Civil de Nacimiento). _____

Hospitalización Asociado (copia historia clínica o epicrisis) _____

Gasto de Hospitalización, Cirugía y Servicio de Ambulancia (facturas de pago). _____

Favor consignar el valor del auxilio en la cuenta de ahorros____ ó corriente____, numero _____ del banco _____. (Solo para asociados fuera de Ibagué).

FIRMA _____

NOMBRE _____

CEDULA _____

CORREO ELECTRONICO _____

DIRECCION TRABAJO _____

TELEFONO DEL TRABAJO _____

DIRECCION RESIDENCIA _____

TELEFONO _____

El asociado debe tener actualizada la Tarjeta de Solidaridad, para hacer uso de los auxilios y beneficios de la Cooperativa.