

 Coopjudicial • Unidos lo hacemos posible •	COOPERATIVA JUDICIAL DEL TOLIMA COOPJUDICIAL	CÓDIGO: COOPJ-For-Pe-04
		VERSIÓN: 01
	FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO DE FONDO DE SOLIDARIDAD	FECHA : 30-01-26
		PÁGINA : 1 de 1

Municipio _____ Fecha _____

Señores:
COMITÉ DE SOLIDARIDAD
COOPJUDICIAL
Ibagué Tolima Asunto:

Solicitud

1.- Seleccione el auxilio a solicitar, así:

Medicina Especializada ____, Tratamiento Continúo ____, Medicina General____, Odontología____,
Cirugía____, Maternidad____, Gastos de Hospitalización____, Hospitalización Asociado____ Defunción
Beneficiarios____, Defunción Asociado____, Incapacidad____, Servicio de Ambulancia____.

Nota Aclaratoria: Los soportes no deben superar los 3 meses de vigencia.

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

Asociado: SI ____ NO ____

Beneficiario: SI ____ , NO ____ . Nombre _____

3.- Por valor de:_____, de los cuales anexo los siguientes soportes de acuerdo al auxilio solicitado.

ODONTOLOGIA, (factura) **MEDICINA ESPECIALIZADA** (consultas con especialista y compra de Gafas con formula médica, **MEDICINA GENERAL** (copagos y compra de medicamentos con formula medica), **TRATAMIENTO CONTINUO** (factura), **CIRUGIA**, **GASTOS DE HOSPITALIZACION**, **SERVICIO DE AMBULANCIA**. **ANEXAR FACTURA ELECTRONICA o COPIA DEL RUT ACTUALIZADO SI LA ENTIDAD NO ES GENERADORA DE FACTURAR.**

INCAPACIDAD (Nomina donde se refleja el descuento y orden de incapacidad), **DEFUNCIÓN ASOCIADOS Y BENEFICIARIOS** (factura y registro de defunción), **MATERNIDAD O PATERNIDAD** (Registro Civil de Nacimiento), **HOSPITALIZACIÓN ASOCIADO** (copia historia clínica o epicrisis)

**FAVOR CONSIGNAR EL VALOR DEL AUXILIO EN LA CUENTA DE AHORROS_ ó
CORRIENTE____, NÚMERO_____ DEL BANCO_____**
ADJUNTAR COPIA DEL CERTIFICADO

FIRMA _____

NOMBRE _____

CEDULA _____

CORREO ELECTRONICO _____

DIRECCION _____

CELULAR _____

EL ASOCIADO DEBE TENER ACTUALIZADA LA TARJETA DE SOLIDARIDAD, PARA HACER USO DE LOS AUXILIOS Y BENEFICIOS DE LA COOPERATIVA