



Solicitud de Auxilio de Solidaridad

FECHA

CIUDAD

DATOS DEL ASOCIADO

1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES
CÉDULA No		SIP

BENEFICIARIO (A quien se va a efectuar el pago)

1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES
CÉDULA No	PARENTESCO	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	
FIRMA		

Tipo de auxilio

Muerte Familiar ☐
Muerte Asociado ☐
Hospitalización ☐
Nacimiento de hijo ☐
Accidente de Transito ☐

Emergencia Grave ☐
Incapacidad ☐
Hurto ☐
Otro ☐

Especificar: _____

Espacio para uso exclusivo de Coopillantas Ltda.

Fecha de afiliación a Coopillantas:

VERIFICADO POR:	CARGO	FECHA
FIRMA		

Aprobación

FECHA	VALOR \$	FIRMA
-------	-------------	-------

Observaciones: _____

FECHA DE PAGO	FORMA DE PAGO
---------------	---------------