

SOLICITUD DE AUXILIO



V1.2023

FECHA:

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE COMPLETO: _____
 TIPO DOC.: _____ NUMERO DOC.: _____ FECHA ING. FONDO: _____
 CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS AUXILIO SOLICITADO

El auxilio solicitado es para: ASOCIADO UN INTEGRANTE DE SU GRUPO FAMILIAR ¿CUÁL?

Favor realizar el desembolso de este crédito mediante transferencia a la cuenta No.
 del banco: Tipo Cuenta:
 a nombre de:

Seleccione la opción del auxilio a solicitar y anexe los documentos relacionados:

SELECCIONE	TIPO AUXILIO	DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
<input type="checkbox"/>	FUNERARIO	1. Copia autenticada del registro de defunción
<input type="checkbox"/>	NACIMIENTO	1. Copia autenticada del registro civil de nacimiento
<input type="checkbox"/>	GAFAS	1. Formula con el diagnostico avalado por la EPS o por un profesional del campo 2. Factura pagada
<input type="checkbox"/>	MATRIMONIO	1. Copia registro civil de matrimonio o constancia de acto religioso.
<input type="checkbox"/>	INCAPACIDAD ≥ 20 DIAS CONTINUOS	1. Copia de incapacidad emitida por la EPS.
<input type="checkbox"/>	ESCRITURAS PRIMER VEZ	1. Copia de recibo de pago de proceso de escrituración 2. Certificado de tradición donde conste que no tiene predios previos a su nombre 3. Copia promesa de compraventa.
<input type="checkbox"/>	EDUCATIVO	1. Cualquier documento original que demuestre vinculación académica vigente para el año escolar o semestre que inicia o copia de comprobante o recibo de pago de facturas, con sello de cancelado o el timbre de la máquina registradora
		Nombre del estudiante: <input type="text"/> Parentesco con el asociado: <input type="text"/> Nivel Educativo: <input type="text"/>

Declaro que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos y autorizo para que se hagan las verificaciones del caso y de aprobarse falsedad en ellos, se aplique las sanciones que establezcan en el estatuto y reglamento.

Para constancia de lo anterior se firma en el día

NOMBRE COMPLETO: _____ FIRMA: _____

TIPO DOC.: _____ NUMERO DOC.: _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL FONDO

APROBADO _____ VERIFICACIONES _____ VALOR APROBADO: _____
 RECHAZADO _____ GRUPO FAMILIAR CORRECTO SI NO
 APLAZADO _____ EL ASOCIADO ESTA A PAZ Y SALVO _____ FECHA APROBACIÓN _____
 ACTA NO. _____ VERIFICADO POR: _____ DD / MM / AAA _____

OBSERVACIONES: _____

APROBADO POR:

FIRMA: _____ FIRMA: _____
 NOMBRE: _____ NOMBRE: _____
 ORGANISMO: _____ ORGANISMO: _____