



Fecha de Aprobación:
DOCUMENTO EN PRUEBA

SOLICITUD DE AUXILIO

Código:
F-PE-13

Versión:
01

IMPORTANTE

Señor Asociado. Agradecemos diligenciar el siguiente formato con sus datos personales, con el fin de registrarlos o actualizarlos en nuestra base de datos, esta información, será tratada con absoluta reserva, conforme a lo dispuesto por la ley de tratamiento de datos personales: Ley 1581 de 2012 y Decreto Único Reglamentario 1074 de 2015.

Tipo de auxilio que solicita	<input type="checkbox"/> Estudiantil	<input type="checkbox"/> Protección Exequial	Fecha radicación: DIA MES ANO
	<input type="checkbox"/> Calamidad	Descripción calamidad _____	

1. Información del titular del servicio exequial

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NUIP		Número	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Union libre	
Dirección de residencia:		Departamento:	Municipio:	Barrio:
Teléfono de residencia:	Celular:	E-mail:	Ocupación: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Independiente	

2. Información del beneficiario o asociado (Para el caso en que el beneficiario sea distinto al titular del servicio exequial)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NUIP		Lugar y fecha de Nacimiento DIA MES ANO	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión L. <input type="checkbox"/> Viudo	Teléfono de residencia:
Pasaporte	Número:			
Celular:	Ocupación: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Independiente	Relación con el solicitante	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otro _____	

3. Información del beneficiario (Solo para auxilio estudiantil)

Nivel de formación <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otro Cual _____	Nombre programa educativo	
Institución Educativa	Semestre que cursa	Actualmente cuenta con otro apoyo educativo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cual _____

4. Información para entrega del auxilio

En caso de ser aprobado, el auxilio sera entregado: <input type="checkbox"/> Especie <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Transferencia	Número cuenta _____	Entidad financiera	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Certificación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---------------------	--------------------	---	--

5. Documentos indispensables para la solicitud del auxilio

Estudiantil	<input type="checkbox"/> Liquidación de matrícula <input type="checkbox"/> Otro: _____
Calamidad	<input type="checkbox"/> Fotocopia de fórmula médica <input type="checkbox"/> Certificado dependencia económica <input type="checkbox"/> Cotización <input type="checkbox"/> Evidencias fotográficas
Protección Exequial	<input type="checkbox"/> Fotocopia del documento del solicitante <input type="checkbox"/> Certificado de defunción <input type="checkbox"/> Fotocopia del documento del fallecido

Nota: Marcar con X los documentos recibidos

Nota: Para cualquier tipo de auxilio es indispensable presentar fotocopia del documento de identidad

Nombre Completo del asociado CC	Firma Asociado	Huella
------------------------------------	----------------	--------

6. Verificación de información (Para uso exclusivo de la Mutual)

Fecha Asociatividad DIA MES ANO	Ha recibido auxilio económico por parte de la Mutual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Fecha de entrega último auxilio económico
DIA **MES** **ANO**

Concepto de última entrega
 Estudiantil
 Calamidad
 Protección Exequial

Firma del asesor _____

7. Estudio de la solicitud (Para uso exclusivo de la Mutual)

Resultado del estudio <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Aplazada <input type="checkbox"/> Negada	Aprobado por: <input type="checkbox"/> Comité de Solidaridad <input type="checkbox"/> Gerencia <input type="checkbox"/> Comité de Educación <input type="checkbox"/> Junta Directiva
Valor aprobado _____	Acta de aprobación No. _____
Observaciones: _____	

Presidente del Comité

Secretario

Junta Directiva

Gerencia