



## FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO

Santiago de Cali, \_\_\_\_\_

Señores Comité de Solidaridad  
L.C.

Por medio de la presente, solicito auxilio de solidaridad para.

Asociado     Beneficiario    Nombre beneficiario \_\_\_\_\_

Por el concepto de:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nacimiento   | <input type="checkbox"/> Fallecimiento        | <input type="checkbox"/> Medicamentos e insumos          |
| <input type="checkbox"/> Cirugía (No estética)                              | <input type="checkbox"/> Gastos de Transporte | <input type="checkbox"/> Lentes externos e intraoculares |
| <input type="checkbox"/> Odontología y Ortodoncia correctiva (No estéticos) | <input type="checkbox"/> Calamidad            |  |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio, RX y exámenes especializados          |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   |   |  |

Nombre del asociado: \_\_\_\_\_

Documento Identidad: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE SOLIDARIDAD

Devuelto    Fecha \_\_\_\_\_     Aplazado    Fecha \_\_\_\_\_

Negado    Fecha \_\_\_\_\_     Aprobado    Fecha \_\_\_\_\_

Acta de reunión No. \_\_\_\_\_    Valor aprobado \$ \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_