



COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA "CASA EDITORIAL EL TIEMPO S.A." LTDA.
PERSONERIA JURIDICA No. 730 DE NOVIEMBRE 18 DE 1975

SOLICITUD AUXILIO OPTICO

Ciudad y Fecha: _____ Radicación No. _____

FAVOR: Diligenciar este formato en letra imprenta legible

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ Nombres _____
Tipo Identificación: C.C. NIT. No. _____ de _____ Sexo M F
Dirección Domicilio: _____ Barrio: _____ Tel. Domicilio: _____ Edad _____
Fecha de Afiliación a la Cooperativa: Día _____ Mes _____ Año _____

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa Donde Labora: _____ Ciudad: _____ Cargo: _____ Zona: _____
Fecha de Ingreso a la Empresa: Día _____ Mes _____ Año _____ Pensionado por el Seguro Social: Si No
Tipo de Contrato: _____ Tel. Oficina: _____ Ext. _____ Fax: _____ E-MAIL: _____
Asignación Salarial: _____ Banco: _____ Cuenta No. _____ AHORROS CORRIENTE

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

Nombre: _____ Tel: _____ Parentesco: _____

FIRMA DE ASOCIADO

Firma Asociado: _____ Certifico que toda la información suministrada es verídica y me comprometo a presentar los
C.C. No. _____ de _____ documentos requeridos.

REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN EXIGIDA

1. Formulario de solicitud completamente diligenciado.
2. poseer una antigüedad de 12 meses , no estar en mora con la cooperativa
3. Anexar los siguientes documentos:
 - * El auxilio se otorgara cada 2 años debe anexar remision de EPS factura cancelada y carne Eps
 - * **PARA EL OTORGAMIENTO DE ESTE AUXILIO EL ASOCIADO DEBE PRESENTAR FORMULA MEDICA REMISION DE LA EPS LA FALTA**
 - * **DEBIDAMENTE CANCELADA CON FECHA NO MAYOR A 60 DIAS ARP, O CONVENIOS CON COOPRATIEMPO**
 - *

Nota: * A falta de veracidad en la documentación, se rechazará la presente solicitud.

PARA USO EXCLUSIVO DE COOPRATIEMPO

Total Aportes: _____ Total Deuda Cooprat tiempo: _____ Observaciones: _____
Ha tenido anteriormente algún otro tipo de auxilio: Si No Cual? _____ Fecha: _____
Revisado Comité de Solidaridad y Convenios: Día _____ Mes _____ Año _____ Acta No. _____ Aprobado: Si No
Vo. Bo. Comité de Solidaridad y Convenios: _____ Valor a Girar en Caso de ser Aprobado: \$ _____
Aprobado por el Consejo de Administración: Día _____ Mes _____ Año _____ Acta No. _____ Aprobado: Si No