



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

SOLICITUD AUXILIO DE CALAMIDAD DOMESTICA O PUBLICA

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: _____

INFORMACIÓN DEL INSUCESO

Ciudad y fecha donde ocurrió el suceso: Ciudad Día Mes Año
Sitio o lugar donde ocurrió el suceso: Casa Apartamento Bien o inmueble afectado: _____
Causa o situación: _____
Que daños le ocasionó _____
Testigos: _____ Autoridad Competente a la que acudió: _____
Breve relato del suceso: _____

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

REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN EXIGIDA

1. Formulario de solicitud completamente diligenciado.
Debe tener 1 año de antigüedad, estar al día en el pago de la cooperativa
2. presentar carta relacionando los hechos siempre y cuando no pasen mas de dos meses entre la fecha de la solicitud se denomina calamidad domestica para estos efectos
incendio derrumbe terremoto
SE REALIZARA UNA VISITA DOMICILIARIA

PARA USO EXCLUSIVO DE COOTRATIEMPO

Total Aportes: _____ Total Deuda Cootrat 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

ELABORADO POR: LUDIBIA HERNANDEZ M.