



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 ACOIADO DEBE PRESENTAR FORMULA MEDICA REMISION DE LA EPS LA FA**
  - \* **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