



Cooperativa de Trabajadores de Laboratorios de
Cosméticos y Filiales "LABCOOPE"

800.105.142-1

SOLICITUD AUXILIO

CODIGO
003
VERSIÓN
003

21/07/2020

Fecha _____

Señores
LABCOOPE
Ciudad

Reciban un cordial saludo,

De la manera más atenta solicito a ustedes el auxilio de.

X	DETALLE	
	AUXILIO CALAMIDAD DOMESTICA	
	AUXILIO EDUCATIVO	
	AUXILIO FALLECIMIENTO FAMILIAR	PARENTESCO
	AUXILIO GASTOS DE ESCRITURACION	
	AUXILIO INCAPACIDAD MAYOR A 15 DIAS	
	AUXILIO MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS	
	AUXILIO MONTURA DE GAFAS	
	AUXILIO NACIMIENTO DE HIJO	

Adjunto soportes.

Cordialmente,

Firma: _____ Nombre: _____
 C.C. _____ Área: _____
 Celular: _____ Correo: _____
 Número de Cuenta: _____ Banco: _____
 Ahorros: __ Corriente: __

Aprobación. (Esta información no se debe diligenciar)

RESPONSABLE	FIRMA	FECHA	APROBADO	OBSERVACION
Labcoope				
2° Principal Comité				
2° Principal Comité				
3° Principal Comité				

