



*Fondo de Empleados Cooperativas
Caficultores del Risaralda*

FECARIS

**FORMATO UNICO
SOLICITUD DE AUXILIO**

Fecha de Diligenciamiento:

Tipo de Auxilio

Datos del Solicitante	Nombre y Apellidos		C.C.
	Dirección residencia		
	Ciudad.	Teléfono Fijo	Móvil.
	Empresa		
	Dirección		
	Teléfono	Correo Electrónico:	

Pruebas Aportadas

Pruebas	

Condiciones Generales y Autorizaciones

1. La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para FECARIS
2. Cualquier falsedad detectada en la documentación adjunta, cancela automáticamente el trámite de la presente solicitud y constituye falta grave de acuerdo al Estatuto de FECARIS
3. La Solicitud del Auxilio debe hacerse dentro los 30 días calendario de la fecha en que suceden los hechos.
4. La antigüedad del asociado solicitante debe ser superior a 90 días
5. EL comité de Bienestar Social tiene hasta 30 días hábiles para dar respuesta a la presente solicitud.

Firma del Solicitante

C.C. de

Estudio y Aprobación (Para uso exclusivo de FECARIS)			
Aprobado	Negado	Valor \$	
Observaciones		Acta N°	Fecha:
_____ Firma Coordinador Fondo Bienestar Social		_____ Firma Gerente Fecaris	