COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL ISS

PCRE-F-049
27-III-2012
VERSIÓN 1

SOLICITUD DEL AUXILIO DE FIDELIDAD Y/O PERSEVERANCIA

Señor
GERENTE
COOPTRAISS

Ciudad y fecha _____

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía _____, expedida en _____ asociado(a) de esta entidad, solicito el reconocimiento del Auxilio por Fidelidad y/o Perseverancia según acuerdo N°003 del 03 de marzo de 2012 emanado del Consejo de Administración el que manifiesto haber leído y me fueron informados previamente los lineamientos y disposiciones relativas al reconocimiento y pago del mismo; Por lo anterior **AUTORIZO: a)** Que el valor que la Cooperativa me reconocerá como Auxilio por Fidelidad y/o Perseverancia, sea descontado del monto total del Auxilio Mutualista que se genere cuando pierda la calidad de asociado(a) por mi muerte, establecido en el articulo 6 del Reglamento del Fondo de Protección Mutualista; **b)** En caso de mi retiro o exclusión como asociado(a) de "COOPTRAISS" dentro de los dos (2) años siguientes a la fecha del desembolso y/o cruce de este auxilio, sea descontado con preferencia del valor del monto de mis aportes sociales y/o ahorros permanentes, y si estos no fueran suficientes, se haga el cobro mediante cualquier procedimiento legal.; **c)** Que en virtud de lo anterior me comprometo a mantener a la Cooperativa y a su representante legal y/o demás organismos de la misma, indemnes y libres de todo reclamo, litigio, acción legal y reivindicación de cualquier clase; en consecuencia me encuentro de acuerdo con lo previsto en el presente documento, lo suscribo con el pleno uso de mis facultades, en ejercicio de la expresión libre de mi voluntad y sin ninguna clase de coacción o apremio, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

____ **COPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD ASOCIADO(A) Y DEL SOLICITANTE EN CASO DE SER DISTINTOS**
____ **PODER DEBIDAMENTE DILIGENCIADO (*)**

NOMBRE COMPLETO DEL PETICIONARIO _____	NUMERO IDENTIFICACION: _____	EXPEDIDO EN: _____
DIRECCION _____	BARRIO _____	CIUDAD _____
ENTIDAD DE LA CUENTA BANCARIA **(**)** _____	NUMERO DE CUENTA: _____	TIPO DE CUENTA Ahorros Corriente
TELEFONO FIJO:_____	CELULAR:_____	OTRO:_____

CORREO ELECTRONICO:_____

OTRAS AUTORIZACIONES:

Nota: Para acceder al presente auxilio el asociado no deberá presentar mora superior a 90 días respecto de sus obligaciones para con la Cooperativa. En caso de presentarse mora menor o igual a 90 días al momento de liquidación o giro, se procederá al cruce respectivo.

(*****) Documento obligatorio en caso que no sea diligenciado directamente por el (la) asociado(a).
(**) Solo se consigna en cuenta del asociado , se gira cheque o se tramita giro empresarial a nombre de él.

Huella

_____
Firma del solicitante (asociado)
C.C:

Asesor:_____

"LO INVITAMOS A DILIGENCIAR O ACTUALIZAR LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S) DEL AUXILIO MUTUALISTA SI AUN NO LO HA HECHO"