

### Información del asociado

Nombres		Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte		Número:		Celular	
Vinculación a FECORA <input type="checkbox"/> Corantioquia (Indicar dependencia)		Ext.		<input type="checkbox"/> Continuidad pensionados	
<input type="checkbox"/> Corpourabá (Indicar dependencia)		Ext.		<input type="checkbox"/> Otras empresas ambientales (Indicar empresa)	
<input type="checkbox"/> Continuidad (Indicar empresa)		Tel. Oficina		<input type="checkbox"/> FECORA	

### Información del auxilio solicitado: tipo de auxilio

Salud:	<input type="checkbox"/> Compra de lentes	<input type="checkbox"/> Dotación equipos hospitalarios	<input type="checkbox"/> Pérdidas económicas
	<input type="checkbox"/> Copagos	<input type="checkbox"/> Transporte a terapias y revisiones médicas	<input type="checkbox"/> Incapacidad superior a 11 días
	<input type="checkbox"/> Tratamientos odontológicos	<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Por cita y medicamentos con especialista
	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Muerte beneficiario	
	<input type="checkbox"/> Compra de medicamentos		

A continuación relaciono las actividades realizadas y anexo las respectivas facturas: \_\_\_\_\_

### Datos para la autorización del desembolso

Ahorro Voluntario FECORA

<input type="checkbox"/> Cuenta bancaria	Banco	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	No.
------------------------------------------	-------	------------------------------------------------------------------------------------------	-----

### Autorización

Autorizo al FECORA verificar la información presentada para la solicitud de este auxilio. Adicionalmente, autorizo retener de mis saldos a favor con la entidad el valor del auxilio solicitado, en caso de mi retiro voluntario del Fondo antes de los 180 días calendario, después de efectuado el auxilio.

### Declaración destino de Fondos

Declaro que los recursos desembolsados por la utilización de los servicios de ahorro y crédito no se destinan, ni se destinarán para actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo me comprometo con el FECORA a denunciar los casos en que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades.

Firma y cédula del solicitante

Huella

### Espacio exclusivo para FECORA

Diligenciamiento del formato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de ingreso del asociado	Día	Mes	Año	Fecha del suceso	Día	Mes	Año
Cumplimiento del formato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Aprobado <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aplazado <input type="checkbox"/>		Valor aprobado \$					
Obligaciones vencidas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	No. de radicado		Fecha de radicado		Día	Mes	Año	
Aprobación acta No.								

Observaciones

Recibido, analizado y revisado por (Indicar nombre completo)	Firma autorizada y C.C.		
Aprobado por (Indicar nombre completo de quien aprueba)	Firma autorizada y C.C.	Firma autorizada y C.C.	Firma autorizada y C.C.