



**FORMATO SOLICITUD DE PRÉSTAMO EQUIPO ORTOPÉDICO
COMITÉ DE SOLIDARIDAD**

Revisó: _____

Aprobó: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre completo: _____

Cédula: _____

Sede: _____

Celular: _____

Correo: _____

Fecha de ingreso a la organización: _____

¿El equipo ortopédico es para el asociado o empleado? Sí No Parentesco: _____ Edad: _____

Nombre completo: _____

Nro. de identificación: _____

INFORMACIÓN DEL PRÉSTAMO

Fecha de entrega: _____

Fecha de devolución: _____

Solicita: Silla de ruedas Muletas

Costo mensual: muletas \$5.000 / silla de ruedas \$20.000, por deducción de compensación y/o nómina.

El Comité de Solidaridad no se responsabilizará por accidentes que se den como consecuencia del uso de los equipos, los cuales deberán ser examinados por el beneficiario al momento de su entrega, en virtud de lo cual se presume que los equipos son seguros y que cualquier accidente será por causas ajenas a la organización.

Documentos anexar: Copia de la cédula, dictamen médico que indique la necesidad y el tiempo de uso del equipo solicitado. El Comité de Solidaridad podrá solicitar cualquier otro documento que requiera para su análisis.

Firma

C.C. _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA COOASESORES CTA

Fecha de radicación: _____

Documentación completa Sí No Hábil: Sí No

Aprobado Sí No

Aprobado por: _____

Firma: _____

Acta No. _____

Fecha de aprobación: _____

Motivo de rechazo: _____

Si este formato no se encuentra totalmente diligenciado de forma clara y legible y no cumple con los requisitos solicitados, será devuelto.