



FORMATO DE NOVEDADES

Asociados Tesorería

CEE-P15-F01
Versión 1, Octubre 2017

NIT. 860.021.849-6

Fecha de solicitud:	AÑO	MES	DÍA	No. Radicación:	
I. DATOS DEL ASOCIADO SOLICITANTE					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		Tipo de Identificación:	Número de Identificación:
				C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> ro: _____	
Correo Electronico			Teléfono fijo		Teléfono Celular
II. MODIFICACIONES DE AHORRO					
Tipo de ahorro	Tipo de Modificación	Nueva Cuota de ahorro	Periodicidad de Descuento		OBSERVACIONES:
AHORRO PERMANENTE	Aumento <input type="text"/>		Anual <input type="text"/>		
	Disminución <input type="text"/>		Mensual <input type="text"/>		
SALUD FUTURA	Aumento <input type="text"/>		Anual <input type="text"/>		
	Disminución <input type="text"/>		Mensual <input type="text"/>		
III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS					
Tipo de Servicio	Detalle del Servicio	Tipo de Novedad	Vigencia		Observaciones
POLIZAS DE SEGUROS	Vehículos <input type="text"/>	Inclusion <input type="text"/>	Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
	Hogar <input type="text"/>		Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
	Exequial <input type="text"/>	Exclusion <input type="text"/>	Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
	Individual <input type="text"/>		Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
COLMEDICA	Ingreso <input type="text"/>	Descongelamiento <input type="text"/>	Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
	Retiro <input type="text"/>	Congelamiento <input type="text"/>	Hasta: Día ___ Mes ___ Año ___		
COLSANITAS	Ingreso <input type="text"/>	Descongelamiento <input type="text"/>	Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
	Retiro <input type="text"/>	Congelamiento <input type="text"/>	Hasta: Día ___ Mes ___ Año ___		
MEDISANITAS	Ingreso <input type="text"/>	Descongelamiento <input type="text"/>	Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
	Retiro <input type="text"/>	Congelamiento <input type="text"/>	Hasta: Día ___ Mes ___ Año ___		
EMERMEDICA	Ingreso <input type="text"/>	Descongelamiento <input type="text"/>	Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
	Retiro <input type="text"/>	Congelamiento <input type="text"/>	Hasta: Día ___ Mes ___ Año ___		
CLARO	Nueva Línea <input type="text"/>	Reposición <input type="text"/>	Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
	Cesión <input type="text"/>	Portabilidad <input type="text"/>	Hasta: Día ___ Mes ___ Año ___		
MOVISTAR	Nueva Línea <input type="text"/>	Reposición <input type="text"/>	Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
	Cesión <input type="text"/>	Portabilidad <input type="text"/>	Hasta: Día ___ Mes ___ Año ___		
SUSCRIPCIONES	El Tiempo <input type="text"/>	Teatro Nacional <input type="text"/>	Desde: Día ___ Mes ___ Año ___		
	Revista Semana <input type="text"/>	Portabilidad <input type="text"/>	Hasta: Día ___ Mes ___ Año ___		
VIAJES Y TURISMO	Global Turismo <input type="text"/>	Casa Villa de Leyva <input type="text"/>			
OTROS SERVICIOS	Detalle _____				
<p>Autorizo a la Cooperativa de Empleados Exxomobil de Colombia para realizar las verificaciones a que haya lugar específicamente las relacionadas con mi sueldo, capacidad de pago y para que la información aportada verbalmente y/o por escrito sea consultada; de igual manera autorizo que en caso de retiro de la cooperativa los saldos adeudados por servicios sean descontados de mi liquidación de Aportes y Ahorros.</p>					
FIRMA ASOCIADO _____			DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. _____		