

CÓDIGO: RG-021  
VERSIÓN: 4

SOLICITUD AUXILIO DE CALAMIDAD



CIUDAD. \_\_\_\_\_ CAAS \_\_\_\_\_ FECHA. DIA. \_\_\_\_ MES. \_\_\_\_ AÑO. \_\_\_\_.

DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRE \_\_\_\_\_  
CEDULA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
EMPRESA DONDE LABORA \_\_\_\_\_ OFICINA \_\_\_\_\_  
TEL. OFICINA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_  
TEL. RESIDENCIA \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
FECHA DE AFILIACIÓN DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ INGRESOS \$ \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LA CALAMIDAD

RELACIÓN DE GASTOS ASUMIDOS

MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
COPAGOS \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
OTROS \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
VALOR TOTAL \$ \_\_\_\_\_

**NOTA:** AUTORIZO PREVIAMENTE A COEMPOPULAR PARA HACER EFECTIVO EL REINTEGRO DEL VALOR DEL PRESENTE AUXILIO, EN CASO DE COMPROBARSE ARTIFICIO O ENGAÑO DE MI PARTE PARA SU CONSECUCCIÓN.

\*En caso de ser aprobada la solicitud por favor desembolsar los recursos en la cuenta:

NOMBRE DEL TITULAR		No. DE IDENTIFICACIÓN	
No. DE CUENTA BANCARIA	NOMBRE DEL BANCO	TIPO DE CUENTA Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1581 de Protección de datos personales usted autoriza que sus datos, sean incorporados a una base de datos responsabilidad de COEMPOPULAR siendo tratados con la finalidad de gestionar la solicitud de Auxilio de Calamidad practicada. Los datos serán tratados teniendo en cuenta los criterios de seguridad definidos en la política de tratamiento desarrollada por COEMPOPULAR, cuya consulta puede llevarse a cabo a través de la web [www.coempopular.coop](http://www.coempopular.coop)

Los datos suministrados en este formulario serán utilizados a manera de consulta.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO



**ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COEMPOPULAR**

Acta No.: \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_\_

EL ASOCIADO SE ENCUENTRA AL DÍA POR TODO CONCEPTO

ULTIMO AUXILIO SOLICITADO

Día

Mes

Año

Valor Aprobado

SI  NO

MONTO APROBADO \$

APROBADO  APLAZADO  NEGADO

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO

Integrante 1

Integrante 2

Integrante 3

Integrante 4

Integrante 5

Integrante 6

**LISTA DE CHEQUEO - REQUISITOS PARA LA SOLICITUD**

**CONCEPTO**

**VERIFICACIÓN**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1- Formulario de solicitud de calamidad debidamente diligenciado.   | <input type="checkbox"/> |
| 2- Carta del asociado indicando el suceso.  | <input type="checkbox"/> |
| 3- Historia Clínica.  | <input type="checkbox"/> |
| 4- Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150%.  | <input type="checkbox"/> |
| 5- Certificado de afiliación de EPS.  | <input type="checkbox"/> |
| 6- Fotocopia desprendible de ingresos del ultimo mes.   | <input type="checkbox"/> |
| 7- Facturas electrónicas o su equivalente con fecha de expedición no mayor a 180 días.                                      | <input type="checkbox"/> |
| 8- En caso de realizar el desembolso a tercero solicitar por escrito y anexar fotocopia de identificación ampliada al 150%. | <input type="checkbox"/> |

**CONDICIONES**

- 1- Un año o más de vinculación como asociado a la cooperativa.
- 2- Asociado debe encontrarse al día por todo concepto en sus obligaciones con la cooperativa.
- 3- Presentar solicitud completa y legible de acuerdo a lo indicado en este formato.