

	FORMATO PARA SOLICITUD DE AUXILIOS	Código: RE-GIC-01
		Versión: 02
		Vigencia: 08-07-2019
		Página 1 de 3

Fecha de la solicitud: Año: _____ Mes: _____ Día: _____

Señores:

**COOPERATIVA DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA
CODELCAUCA**

Ref.: SOLICITUD DE AUXILIO

Yo _____ identificado con número de identificación CC. _____
En calidad de Asociado Beneficiario de la Cooperativa del Departamento del Cauca – CODELCAUCA, comedidamente solicito el reconocimiento del siguiente tipo de auxilio:

1. SELECCIONAR EL TIPO DE AUXILIO - Marcar con una “X”

Auxilio de Incapacidad ☐ Días _____ Auxilio de Hospitalización ☐ Días _____ Auxilio Nacimiento de un Hijo ☐
 Auxilio Enfermedad Catastrófica ☐ Auxilio de Calamidad ☐

2. REGISTRAR DATOS DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

Numero de Celular	Numero Teléfono	Correo Electrónico
Municipio	Dirección de residencia	

3. REGISTRAR DATOS DEL ASOCIADO CUANDO REALICE LA SOLICITUD EN CALIDAD DE BENEFICIARIO

Número de identificación	Nombres y Apellidos Completos	Parentesco
--------------------------	-------------------------------	------------

4. REQUISITOS PRINCIPALES PARA TENER DERECHO A LOS AUXILIOS DEL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL Y SOLIDARIDAD

1. Ser Asociado Hábil. 2. Haber cumplido como mínimo seis (6) meses de antigüedad 3. Para auxilio por nacimiento de un hijo el asociado deberá cumplir como mínimo un (1) año de antigüedad como asociado. 4. Realizar Contribución al Fondo de Bienestar Social 4. No estar sancionado disciplinariamente al momento de radicar la solicitud 5. Presentar documentación soporte señalada en la lista de chequeo del presente formato

Nota 1: Radicar la solicitud en los 45 días calendario siguientes al nacimiento de un hijo y 90 días para el resto de auxilios.

Nota 2: Solo se otorgará un auxilio por vigencia anual a excepción del Auxilio Funerario; los auxilios de incapacidad y hospitalización deben ser superiores a 5 días y hasta 15 días máximo continuos)

Nota 3: Para mayor información consultar el Reglamento del Fondo de Previsión, Asistencia y solidaridad y el Reglamento del Fondo de Solidaridad los cuales se encuentran publicados en la página de CODELCAUCA: www.codelcauca.com.co

5. BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO QUE:

- Que autorizo que el pago se me realice mediante consignación en mi cuenta de _____, número _____, del banco _____.
- Que libero a CODELCAUCA de toda responsabilidad con el pago que se me realice a la anterior cuenta antes mencionada.

	FORMATO PARA SOLICITUD DE AUXILIOS	Código: RE-GIC-01
		Versión: 02
		Vigencia: 08-07-2019
		Página 2 de 3

6. ESPACIO PARA CODELCAUCA

Fecha de Afiliación: Día / Mes / Año	Valor del Auxilio: \$	Numero de folios: # Folios	Firma certificando el cumplimiento de los Principales requisitos: Firma
Nomina: Nomina	Días de Incapacidad u Hospitalización (cuando aplique) # De días	Prorroga: ¿Si o No?	

7. LISTA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN EL TIPO DE AUXILIO (SI NO TIENE (X) NO APLICA)

Documento	Auxilio de Incapacidad	Auxilio Hospitalización	Auxilio Nacimiento de un Hijo	Auxilio de Calamidad	Auxilio de Enfermedad Catastrófica	Verificación CODELCAUCA
Fotocopia del documento de identidad del Asociado ampliada al 150%	X	X	X	X	X	
Fotocopia del documento de identidad del beneficiario ampliada al 150% (Cuando aplique).		X		X		
Formato Solicitud de Auxilio totalmente diligenciado.	X	X	X	X	X	
Pensionados: Deberán presentar la incapacidad medica con firma y sello del médico tratante. Asociados No Pensionados: Deberán presentar incapacidad expedida por la EPS (Entidad Prestadora de Salud) (Ver requisitos adicionales)	X					
Copia Constancia de Hospitalización u orden de salida cuando aplique.		X				
Fotocopia Autenticada del Registro Civil de Nacimiento.			X			
Documento que acredite el parentesco del Beneficiario y el Asociado (Cuando Aplique).		X		X		
Certificado de Incapacidad expedido por el cuerpo de Bomberos, la Alcaldía Municipal o el ente gubernamental correspondiente que certifique la calamidad.				X		
Diagnostico Medico con sello de auditoria o Coordinación Medica					X	

8. VERIFICACIÓN, APROBACIÓN, RECHAZO Y/O DEVOLUCIÓN

Firma del Solicitante: Asociado y/o beneficiario CODELCAUCA	Revisión: Auxiliar de Cartera Día / Mes / Año	Revisión: Auditoría Interna Día / Mes / Año	Aprobación: Dirección Comercial
---	--	--	---