

COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRACOM				
FORMATO PARA SOLICITUD DE AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD				
FECHA SOLICITUD:	DIA	MES	AÑO	
TIPO DE AUXILIO:	MUERTE ____	NACIMIENTO DE HIJO ____	INCAPACIDAD ____	
OTRO ____ CUAL? _____				
DATOS DEL ASOCIADO				
NOMBRES Y APELLIDOS:			TIPO DE DOCUMENTO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD
TIPO ASOCIADO: MARQUE CON (X)	EXTERNO _____		NÓMINA _____	
EMPRESA:				
CELULAR:		CORREO ELECTRONICO:		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:				
DATOS DEL SOLICITANTE				
NOMBRE:			TIPO DE DOCUMENTO	No DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NUMERO DE CUENTA			TIPO DE CUENTA	BANCO
			AHORRO	CORRIENTE
DATOS DE LA PERSONA AFECTADA				
NOMBRE:			No DOCUMENTO	
FECHA DEL EVENTO:	DIA	MES	AÑO	PARENTESCO:
<p>Declaro bajo la gravedad de juramento que la informacion y demas documentacion presentada a COOTRACOM es autentica, guardando de esta manera fidelidad a la verdad, la cual ha sido previamente verificada por mi en su integridad ante la entidad que la profiere. En caso de presentarse inexactitud, falta de veracidad o deficiencia en la informacion y demas documentacion que para efecto presento ante COOTRACOM de manera expresa me hago responsable de las acciones legales y estatutarias que COOTRACOM despliegue. Declaro que los recursos recibidos de este auxilio que me entregará COOTRACOM no serán destinados para el desarrollo de actividades relacionadas con el lavado de activos ni la financiación del terrorismo.</p>				
FIRMA SOLICITANTE		FIRMA RECIBIDO COOPERATIVA		D / M / A
APROBACIÓN:				
	SI	NO		
APROBADO				
PORCENTAJE APROBADO				
VALOR APROBADO	FIRMA COMITÉ DE SOLIDARIDAD			
OBSERVACIONES: _____				
_____				
DATOS DE TRANSFERENCIA				
MONTO A TRANSFERIR				
No DE TRANSFERENCIA	AUTORIZADA POR			
FECHA DE TRANSFERENCIA	REALIZADA POR			
<p>De conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", y con el Decreto 1377 de 2013, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012", doy mi consentimiento, como titular de mis datos personales, para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRACOM, para que sean tratados con arreglo a los siguientes criterios: La finalidad del tratamiento será la que se defina en cada caso concreto, respetando en todo momento con los principios básicos que marca la Ley. La posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, con un escrito dirigido a la COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRACOM a la dirección de correo electrónico <a href="mailto:cootracom@comfamiliar.com.co">cootracom@comfamiliar.com.co</a>, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar.</p>				

REQUISITOS SOLICITUD AUXILIOS				
TIPO DE AUXILIO	DOCUMENTOS A PRESENTAR	VALOR DEL AUXILIO	RESTRICCIONES	ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA
POR MUERTE DEL ASOCIADO	* SOLICITUD ESCRITA DIRIGIDA A LA COOPERATIVA	2 SMLV	* Plazo máximo 60 días	
	* FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL ASOCIADO			
	* CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL ASOCIADO			
	* DOCUMENTO QUE CONFIRME EL PARENTESCO ENTRE EL ASOCIADO Y EL FAMILIAR QUE RECLAMA EL AUXILIO			
POR MUERTE DEL CONYUGUE DEL ASOCIADO	* SOLICITUD ESCRITA DIRIGIDA A LA COOPERATIVA	1 SMLV	* En el caso de convivencia presentar documento firmado ante notaría que lo certifique, plazo máximo 60 días.	
	* FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL ASOCIADO			
	* CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL CÓNYUGUE			
	* FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL FAMILIAR AFECTADO ( cónyugue)			
	* DOCUMENTO QUE CONFIRME EL PARENTESCO ENTRE EL ASOCIADO Y SU CÓNYUGUE			
POR MUERTE DE HIJO (A) DEL ASOCIADO	* SOLICITUD ESCRITA DIRIGIDA A LA COOPERATIVA	1 SMLV	* Hijos hasta los 18 años de edad o mayores que dependan económicamente del padre (anexar certificado), plazo máximo 60 días	
	* FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL ASOCIADO			
	* FOTOCOPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO (HIJO DEL ASOCIADO)			
	* CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL HIJO			
POR MUERTE DE PADRE O MADRE DEL ASOCIADO	* SOLICITUD ESCRITA DIRIGIDA A LA COOPERATIVA	0.5 SMLV (50%)	* Plazo máximo 60 días	
	* FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL ASOCIADO			
	* FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL FAMILIAR AFECTADO ( PADRE O MADRE)			
	* CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ( PADRE O MADRE)			
	* FOTOCOPIA REGISTRO CIVIL QUE CONFIRME EL PARENTESCO ENTRE EL ASOCIADO Y LA PERSONA AFECTADA			
POR NACIMIENTO DE HIJO	* SOLICITUD ESCRITA DIRIGIDA A LA COOPERATIVA	0.1 SMLV (10%)	* Plazo máximo 60 días	
	* FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL ASOCIADO			
	* FOTOCOPIA DEL REGISTRO CIVIL DEL HIJO NACIDO			
POR MUERTE DE HIJO DURANTE LAS ÚLTIMAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN (MORTINATO)	* SOLICITUD ESCRITA DIRIGIDA A LA COOPERATIVA	1 SMLV	* Plazo máximo 90 días	
	* FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL ASOCIADO			
	* DOCUMENTO QUE CERTIFIQUE LA OCURRENCIA DEL EVENTO EXPEDIDA POR LA ENTIDAD DE SALUD AUTORIZADA			
POR INCAPACIDAD	* SOLICITUD ESCRITA DIRIGIDA A LA COOPERATIVA	0.25 SMLV (25%)	* Incapacidad mayor o igual a 20 días continuos	
	* FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL ASOCIADO		* No incluye incapacidad por accidente laboral o enfermedad profesional, plazo máx. 60 días	
	* COPIA DE LA INCAPACIDAD EXPEDIDA POR LA EPS		* Solo se otorgará un auxilio por año	
PRUEBA RÁPIDA PARA COVID-19	* Presentarse en las instalaciones de la IPS COMFAMILIAR	\$20.000 del valor de la prueba	* Ninguna adicional	