

	FORMATO PARA SOLICITUD DE AUXILIOS	Código: GIC-SP04-F-001
		Versión: 01
		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. 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 otorgara un auxilio por vigencia anual a excepción del Auxilio Funerario y los auxilios de incapacidad y hospitalización por prorrogas consecutivas hasta 90 días.

Nota 3: Para mayor información consultar el Reglamento del Fondo de Bienestar Social 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: GIC-SP04-F-001

Versión: 01

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)	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 de 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	
Certificado de la incapacidad medica emitido por la entidad prestadora del servicio de salud.	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



FORMATO PARA SOLICITUD DE AUXILIOS

Código: GIC-SP04-F-001

Versión: 01

Vigencia: 08-07-2019

Página 3 de 3

Firma del Solicitante:

Asociado y/o beneficiario
CODELCAUCA

Revisión:

Auxiliar de Cartera

Día / Mes / Año

Revisión:

Auditoria Interna

Día / Mes / Año

Aprobación:

Dirección Comercial

Día / Mes / Año

