



**COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APORTE Y CRÉDITO - COOMFONELEC**  
**NIT. 890.704.636-5**

**SOLICITUD AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD**  
 (Formato Único)

FECHA RADICADO: \_\_\_\_\_

DATOS DEL ASOCIADO:

--	--	--

**Nombres y Apellidos**

**No. De Identificación**

**Celular**

**Fecha de Ingreso**

<b>AUXILIO SOLICITADO</b>	<b>DOCUMENTOS SOPORTES</b>
---------------------------	----------------------------

<b>SALUD</b> <input type="checkbox"/>	Orden o Fórmula Médica <input type="checkbox"/> Factura <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rut <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	---

<b>ODONTOLOGIA</b> <input type="checkbox"/>	Factura <input type="checkbox"/> Rut <input type="checkbox"/>
---	---

<b>OPTOMETRIA</b> <input type="checkbox"/>	Factura <input type="checkbox"/> Rut <input type="checkbox"/>
--	---

<b>POLIZA EXEQUIAL</b> <input type="checkbox"/>	Certificación <input type="checkbox"/> Recibo de Pago <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal <input type="checkbox"/>
---	--

<b>FALLECIMIENTO</b> <input type="checkbox"/>	Fotocopia Cédula Asociado y del Fallecido <input type="checkbox"/> Registro Civil de Defunción <input type="checkbox"/> Registro Civil de Nacimiento (Fallecido) <input type="checkbox"/> Acta de Matrimonio <input type="checkbox"/>
---	--

<b>SOLIDARIDAD</b> <input type="checkbox"/>	Incapacidad Igual o Superior a 30 días (enfermedad terminal o catastrófica) <input type="checkbox"/> Incapacidad Igual o Superior a 30 días (accidentes de tránsito) <input type="checkbox"/> Calamidad Doméstica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> cúal <input type="checkbox"/>
---	---

Número de Folios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASOCIADO SOLICITANTE**

**DATOS DE APROBACIÓN**

Acta No. \_\_\_\_\_

Fecha de Acta \_\_\_\_\_

Aprobado SI  NO

Valor aprobado \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Vo. Bo. Comité \_\_\_\_\_

Coordinador

Secretario

Vocal



# "COOMFONELEC"

## INFORMA A TODOS SUS ASOCIADOS

### APRECIADOS ASOCIADOS:

El comité de solidaridad teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por la Revisoría Fiscal de nuestra Cooperativa, por medio del presente informa que a partir de la fecha No se recibirán solicitudes de Auxilios que No cumplan al pie de la letra con los requisitos exigidos en el Reglamento vigente del Fondo de Solidaridad.

Con el fin de dar a conocer el mínimo de requisitos para la solicitud de cada tipo de auxilio y evitar posibles molestias e incomodidades; a continuación, se relaciona que documentos debe anexar de acuerdo al tipo de solicitud y de conformidad a los Artículos 14 y 15 del reglamento del fondo de solidaridad que consagra:

**ARTICULO 14°. REQUISITOS PARA OBTENER LOS AUXILIOS:** *Todos los asociados deberán cumplir los siguientes parámetros:*

- a) *Estar al día en sus obligaciones pecuniarias por todo concepto con la Cooperativa, tanto a título de deudor como en calidad de codeudor solidario.*
- b) *Certificar permanencia mínima de seis (6) meses como asociado.*
- c) *Tener aportes superiores al 50% SMMLV, para los conceptos de odontología y salud.*
- d) *Adjuntar los soportes exigidos en el formato establecido para tal fin, entre ellos facturas de pago, el RUT actualizado, y demás documentos que acrediten haber incurrido en determinado gasto.*
- e) *Tener mínimo el curso de inducción cooperativa de cuatro (4) horas*

**ARTICULO 15°. SOLICITUD:** *La solicitud de los auxilios referidos debe hacerse dentro de los sesenta (60) días siguientes a la ocurrencia de los hechos, para lo cual se deben presentar a la Cooperativa, los documentos que acrediten haber incurrido en determinado gasto tales como (formulas, facturas, incapacidades, comprobantes respectivos, entre otros).*

TIPO DE AUXILIO	REQUISITOS
SALUD (Medicamentos, Exámenes Especializados y otros)	Orden y formula medica Factura y/o copago Rut actualizado
OPTOMETRÍA (Lentes y Monturas)	Factura Rut actualizado
PÓLIZA EXEQUIAL	Certificado de afiliación Último recibo de pago
ODONTOLOGÍA (Resinas – Coronas - Prótesis – Implantes - Periodoncia - Ortodoncia)	Factura Rut actualizado
FALLECIMIENTO	Fotocopia cédula del asociado y del fallecido Registro de defunción Registro civil de nacimiento (acreditación parentesco) Acta de matrimonio

Cualquier inquietud adicional con todo gusto será aclarada por la administración.

Atentamente,

**COMITÉ DE SOLIDARIDAD**