

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE LA SALUD DE SANTANDER

“COMULSANDER LTDA.”

FORMATO SOLICITUD AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE: _____

C.C. _____ **Expedida en:** _____ **ASOCIADO:** () **BENEFICIARIO:**()

TIPO DE AUXILIO:

GAFAS O LENTES: () *(Sólo para el Asociado)*

FUNERARIO: () *(Para el Asociado Titular y Miembros de su Núcleo Familiar en Primer Grado de Consanguinidad: (Padres e Hijos) y Primer Grado Civil (Esposo(a), Compañero(a) Permanente, Padrastros e Hijastros)*

REQUISITOS

PARA AUXILIO DE GAFAS O LENTES	PARA AUXILIO FUNERARIO	
	CUANDO LO SOLICITA EL ASOCIADO	CUANDO LO SOLICITA UN BENEFICIARIO
1.- Formato de Solicitud ()	1.- Formato de solicitud ()	1.- Formato de solicitud ()
2.- Fórmula del profesional ()	2.- Copia CC asociado al 150% ()	2.- Copia CC asociado fallecido al 150% ()
3.- Factura de compra ()	3.- Certificado defunción ()	3.- Certificado defunción ()
4.- Copia CC al 150% ()	4.- Copia CC fallecido al 150% ()	4.- Copia CC beneficiario al 150% ()
5.- Certificado bancario ()	5.-Reg. Civil (Padres e Hijos) ()	5.- Reg. Civil (Padres e Hijos) ()
	6.-Partida Matrimonio o Declaración extrajudicial (Esposo(a) Compañero(a) Permanente) ()	6.-Partida Matrimonio o Declaración extrajudicial (Esposo(a) Compañero(a) Permanente) ()

OBSERVACIONES: Los plazos para radicar el presente formato de solicitud del auxilio de solidaridad son:

1.- POR GAFAS O LENTES: Treinta (30) días calendario posterior a la fecha de pago de la factura correspondiente.

2.- POR FALLECIMIENTO: Seis (06) meses calendario a la fecha de fallecimiento.

FIRMA SOLICITANTE

CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA

ESPACIO PARA LA COOPERATIVA

Fecha última solicitud	TIENE DERECHO		ANTIGÜEDAD EN LA COOPERATIVA	%	VALOR	REVISÓ
	SI	NO				
			a. De 1 año a > 5 años ()	15%		
			b. De 5 a > 10 años ()	20%		
			c. De 10 a > 15 años ()	25%		
			d. De 15 en adelante ()	35%		