

COMITÉ DE SOLIDARIDAD SOLICITUD DE AUXILIO

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

CEDULA DE CIUDADANIA: _____

ENTIDAD: _____

CARGO: _____

TELEFONO: _____ Teléfono celular N° _____

FIRMA DEL ASOCIADO: _____

1. SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS

Tendrán derecho a este auxilio en caso de carecer de servicios de protección obligatoria, que no cubran la totalidad de sus gastos médicos hospitalarios o quirúrgicos el asociado, su esposa o compañera permanente e hijos menores de (18) años o hijos especiales sin límite de edad.

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

PARENTESCO: _____

Favor anexar a este formato la factura electrónica que reúna los requisitos exigidos por la **DIAN**, registro civil que garantice el parentesco, partida de matrimonio, declaración extra juicio, según sea el caso y desprendible de pago o los dos últimos si es quincenal.

2. CALAMIDAD O CATASTROFE:

En caso de ser afectado por perjuicios colectivos.

TIPO DE CALAMIDAD: _____

3. PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ

APROBO: SI _____ NO _____

4. CAUSAL DE RECHAZO:

- a) _____
- b) _____

Favor anexar documentos que respalden según sea el caso.

FAVOR HACER TRANSFERENCIA ELECTRONICA A LA CUENTA
N° _____ **DEL BANCO** _____

Para el auxilio por **CALAMIDAD** en caso de incapacidad de 25 días en adelante en adelante Formato de Solicitud del Comité dentro de los sesenta (60) días siguientes a los hechos, presentando los siguientes documentos.

- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%
- ✓ Certificación de la EPS
- ✓ Historia clínica o Epicrisis de la EPS, IPS y/o institución autorizada o soporte del SOAT.
- ✓ Incapacidad médica superior a 25 días sin interrupción.
- ✓ Último desprendible de nómina pago mensual o los dos últimos desprendibles quincenal.

Para el Auxilio por **CALAMIDAD A LOS HIJOS DE LOS ASOCIADOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD** deben presentar la siguiente documentación.

- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150% del asociado.
- ✓ Registro Civil de Nacimiento donde se demuestra parentesco.
- ✓ Certificación del asociado y beneficiario expedida por la EPS.
- ✓ Certificación, historia clínica y/o epicrisis no mayor a un (1) año donde consta el grado y/o patología de la discapacidad del Beneficiario hijo o hija expedida por la EPS, IPS y/o institución autorizada.
- ✓ Historia Clínica y/o epicrisis no mayor a un (1) año donde consta el grado de discapacidad del beneficiario (hijo) expedida por la EPS.
- ✓ Último desprendible de nómina pago mensual o los dos últimos desprendibles quincenal.

Auxilio por **EVENTO NO POS**, se debe radicar el Formato de Solicitud del Comité dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la factura, con los documentos, que relacionamos a continuación:

- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asociado ampliada al 150%.
- ✓ Certificación vigente de la EPS
- ✓ Fórmula original y/o remisión de la EPS. No mayor a 90 días de su expedición
- ✓ Factura original de la compra o de los gastos en que se incurrió, teniendo en cuenta los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario Nacional (DIAN) no debe tener vigencia superior a un (1) mes de su expedición, y debe ser en Factura electrónica de venta donde adquirió el producto
- ✓ Último desprendible de pago de nómina mensual o los dos últimos desprendibles quincenal.

En caso de solicitar el auxilio para alguno de sus beneficiarios, esposo(a), compañero(a), hijos(as) hasta los 18 años de edad, deben anexar además los siguientes documentos:

- ✓ Copia del acta de matrimonio o declaración extra - juicio que certifique la convivencia.
- ✓ Copia de registro civil de nacimiento de hijos para demostrar su parentesco.
- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía del beneficiario según sea el caso al 150%.
- ✓ Certificación de la afiliación de la EPS del beneficiario según sea el caso.