



SOLICITUD DE SOLIDARIDAD

DATOS DE LA SOLICITUD

Fecha de Solicitud	No. Identificación	Nombres y Apellidos	Municipio de Trabajo	Celular
--------------------	--------------------	---------------------	----------------------	---------

TIPO DE SOLIDARIDAD SOLICITADA EN LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO

Fallecimiento asociado	<input type="checkbox"/>	Enfermedad terminal y/o de alto costo	<input type="checkbox"/>
Fallecimiento cónyuge o compañero permanente del asociado	<input type="checkbox"/>	Tratamiento odontológico especial no estético	<input type="checkbox"/>
Fallecimiento hijo del asociado legamente reconocido. Edad:	<input type="checkbox"/>	Tratamiento oftalmológico especial no estético	<input type="checkbox"/>
Fallecimiento padres del asociado	<input type="checkbox"/>	Compra de lentes	<input type="checkbox"/>
Calamidad por desastre natural, incendio, terrorismo, otro	<input type="checkbox"/>	Gastos enfermedad no cubierto por EPS	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL SOLICITANTE (Diligenciar si la solidaridad se tramita por fallecimiento del asociado)

No. Identificación	Nombres y Apellidos	Parentesco	Celular
--------------------	---------------------	------------	---------

DATOS DEL EVENTO

Fecha y Descripción del Evento:

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

COOPRODECOL LTDA requiere obtener su autorización para que, de manera previa, libre, y debidamente informada permita dar tratamiento y disponer de los datos personales que sean suministrados, así como la entrega de historias clínicas, diagnósticos y toda aquella información que pueda catalogarse como sensible para usted como asociado, la cual se requiere para poderla incorporar en las distintas bases de datos con que cuenta la cooperativa. La finalidad con la que se recolectan los datos aquí solicitados es para dar trámite a la solicitud de solidaridad realizada. Lo invitamos a que consulte nuestra política de tratamiento de la información personal en las instalaciones físicas de la entidad o a través de nuestra página web www.cooprodecol.coop y a ejercer los derechos que como titular de datos personales le asisten a través del correo electrónico cooadministrativa@cooprodecol.coop.

Firma y Documento del Solicitante:

PARA USO DE COOPRODECOL LTDA

Nombres y Apellidos de quien Radica: _____ Fecha de Radicación: _____

Fecha Vinculación	Saldo Aportes	Saldo Ahorros	Estado Cartera	Estado Solidaridad
-------------------	---------------	---------------	----------------	--------------------

Observaciones:

--

Vo.Bo. Control Interno	Aprobado	Valor Aprobado	Fecha Análisis
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Negada por:

Presidente Comité de Solidaridad	Secretario Comité de Solidaridad	Vocal Comité de Solidaridad
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

FO-AFI-011-V01

DESPRENDIBLE PARA EL SOLICITANTE

SOLICITUD DE SOLIDARIDAD - COOPRODECOL LTDA

No. Identificación Asociado	Nombres y Apellidos Asociado	Tipo de Solidaridad
Oficina de Radicación	Fecha de Radicación	Nombres y Apellidos del Funcionario que Radica