

SOLICITUD DE AUXILIOS DE SOLIDARIDAD

Versión 1.0

12/08/2019

Fecha: _____

Tipo de auxilio solicitado

| | | | | | | | |
|---------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
| MATERNIDAD | | TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS | | INCAPACIDAD TEMPORAL | | ENFERMEDAD DE ALTO COSTO | |
| OFTALMOLOGIA U OPTOMETRIA | | DEFUNCIÓN | | ESPECIAL POR INCAPACIDAD | | | |

DATOS DEL ASOCIADO SOLICITANTE:

| | | | |
|--------------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| APELLIDOS | NOMBRES | IDENTIFICACION | ANTIGÜEDAD CON COEXCO |
| ENTIDAD EMPLEADORA | TEL CONTACTO | CORREO ELECTRONICO | EPS |

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN SEGÚN TIPO DE AUXILIO

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| MATERNIDAD | Registro civil de nacimiento o certificado de adopción | |
| OFTALMOLOGIA U OPTOMETRIA | 1. Copia de orden, fórmula o prescripción médica expedida por la EPS con fecha anterior a la factura. 2. Copia de la factura con las debidas formalidades, donde se discrimine el valor de los elementos. | |
| TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS | 1. Copia de orden, fórmula o prescripción médica expedida por la EPS con fecha anterior a la factura. 2. Si el tratamiento se realiza con odontólogo diferente a la EPS, deberá adjuntar el presupuesto. 3. Factura expedida por el centro odontológico u odontólogo donde se realizó el tratamiento. | |
| DEFUNCIÓN | 1. Registro civil de defunción 2. Documentos de ley que acredite el parentesco con el asociado. | |
| AUXILIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL | 1. Certificado de incapacidad expedido por la EPS. 2. Para empleados dependientes, desprendible de nómina donde conste el valor descontado de la incapacidad y para independientes, copia de la respectiva autoliquidación. En cualquiera de los dos casos, la fecha de expedición no podrá ser superior a 30 días calendario. | |
| AUXILIO ESPECIAL POR INCAPACIDAD | 1. Que al asociado se le haya otorgado el monto máximo establecido para el auxilio de incapacidad temporal. 2. El asociado deberá demostrar incapacidad medica continua superior a ciento ochenta (180) días. | |
| AUXILIO POR ENFERMEDAD DE ALTO COSTO | Certificación de la EPS o resumen de la Historia Clínica donde se especifique el tipo de enfermedad en concordancia con la normatividad vigente. | |

Observaciones: _____

AUTORIZACION DE GIRO

TRANSFERENCIA ___ A Cuenta de ahorro ___ Corriente ___ No. _____

Entidad bancaria _____

Sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Reglamento de solidaridad no procede la radicación de la solicitud.

El Comité de Solidaridad, en caso de considerarlo necesario, podrá solicitar ampliación de la documentación o de la información.

FIRMA ASOCIADO SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITE

ACTA No. _____ Fecha _____

Aprobado: SI _____ NO _____ APLAZADO _____ VALOR AUTORIZADO \$ _____

OBSERVACIONES: _____

Comité de Solidaridad 1

Comité de Solidaridad 2

Comité de Solidaridad 3