



# COOPERATIVA DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEMCOOP FONDO DE SOLIDARIDAD

## FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE AUXILIO

Fecha de Solicitud

### AUXILIO SOLICITADO

Fallecimiento

Incapacidad

Maternidad

Nombres y Apellidos

C.C

Dirección de Residencia

Ciudad

Celular

Teléfono fijo

Empresa

Dirección de Oficina

Teléfono de Oficina

### DOCUMENTACION ANEXA

\* Formato único de Solicitud de Auxilio Demcoop y/o Carta dirigida al Comité de Solidaridad

#### Fallecimiento

\* Certificado defunción original y/o copia Autenticada

\* Registro civil original y/o copia Autenticada

#### Incapacidad

\* Certificado EPS

\* Epicrisis Medica

#### Maternidad

\* Certificado EPS

\* Registro civil Copia Autenticada

### CONDICIONES GENERALES Y AUTORIZACIONES

1. La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para DEMCOOP.
2. Cualquier falsedad detectada en la documentación adjunta, cancela automáticamente el trámite de la presente solicitud y constituye una falta grave de acuerdo al estatuto de DEMCOOP.
3. La solicitud del auxilio debe hacerse dentro de los treinta (30) días calendario de la fecha en que sucedan los hechos.
4. La antigüedad del asociado debe ser mínima de tres (3) meses.
5. El comité de solidaridad tiene hasta 30 días hábiles para dar respuesta a la presente solicitud.

### FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_

CC \_\_\_\_\_ DE: \_\_\_\_\_

### Datos Transferencia

Banco \_\_\_\_\_

No Cuenta \_\_\_\_\_

Cuenta Corriente  Cuenta Ahorro

### ESTUDIO Y APROBACION (PARA USO EXCLUSIVO DE DEMCOOP)

Aprobado

Negado

Aplazado

Acta N° \_\_\_\_\_

Observaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma Integrantes Comité

\_\_\_\_\_