



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

COOACUEDUCTO

SOLICITUD AUXILIO SOLIDARIDAD

Gestión social
Educación y solidaridad

Código: PM-GS-ES-F-01

Versión: 06

Fecha: 16/01/2025

I. DATOS BÁSICOS (Espacio diligenciado por solicitante)

Radicado Orfeo	
----------------	--

Información Asociado

Nombre					
N° Documento de Identidad		Teléfono fijo		Celular	
Estado civil		Dirección/ciudad			
Dependencia donde trabaja	Cargo		Salario		

¿Tiene algún familiar empleado de la empresa de acueducto o asociado a Coacueducto? (indispensable)

Si		No	¿Cuántos?	1	2	3	más
Parentesco		Nombre					

Relacionar los demás (de ser necesario)

Información Beneficiario Auxilio (a quién va dirigida la solicitud de Auxilio)

Asociado	Cónyuge	Hijo	Padre/madre	Hijos aportados	
Nietos	Hermanos	Nombre			
Estudia	Trabaja	¿Dónde?			
¿Depende económicamente del asociado?	Afiliado a EPS		Si	No	
		¿Cuál?			
Si	No				

Firma Asociado (1. Nombre 2. N° Cédula y 3 Firma.)

Nombre: _____

c.c. _____ Firma _____

Declaro que la información y los documentos presentados y diligenciados son verídicos en todas sus partes y que de comprobarse su falsedad, me acojo a que automáticamente se me niegue la solicitud y en caso de que ya se me haya concedido, me comprometo a reembolsar el producto del beneficio.

II. DATOS COOACUEDUCTO (Espacio exclusivo Coacueducto)

Responsable Administración Legalización Trámite

Nombre		Cargo	
--------	--	-------	--



☎ Teléfono: (57)+1 3683100
📍 Carrera 37 No. 23A - 60
🌐 www.coacueducto.coop



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

COOACUEDUCTO

SOLICITUD AUXILIO SOLIDARIDAD

Gestión social
Educación y solidaridad

Código: PM-GS-ES-F-01

Versión: 06

Fecha: 16/01/2025

Verificación Documentos

Fecha ultima solicitud (DD/MM/AA)		Antigüedad en Coacueducto (años)		Estado de cuenta	
¿Solicitó auxilio antes?	Si___ No___	Fecha último otorgamiento (DD/MM/AA)		Motivo	

Documentos entregados

1.	4.
2.	5.
3.	Otros

Concepto solicitud

Favorable _____

Desfavorable _____

Aplazado _____

Observaciones

Concepto Solicitud Comité de solidaridad

Fecha reunión (DD/MM/AA)		N° Acta reunión	
Favorable	Especie _____	Dinero (S.M.M.L.V.) _____	
Desfavorable (No cumple)	Resolución _____	Tiempo _____	Otro _____
Aplazado por	Otra documentación _____	Visita domiciliaria _____	No Cumple _____

Observaciones

Consejo de administración

Fecha reunión (DD/MM/AA)		N° Acta reunión	Aprobada _____	Negada _____
--------------------------	--	-----------------	----------------	--------------

Observaciones

AUXILIOS DE SOLIDARIDAD

Su finalidad es propiciar una ayuda económica o en especie a los asociados que presenten calamidades que amenacen y/o desmejoren su calidad de vida. Para lo cual debe presentar los siguientes documentos:

EN QUE CASOS APLICA EL AUXILIO DE SOLIDARIDAD

Desastres de la naturaleza reportado ante la autoridad competente del lugar de los hechos.

Incendio, terrorismo y explosiones reportado ante la autoridad competente del lugar de los hechos.

Circunstancias que afecten la salud de los asociados y la de su grupo familiar, que les generen gastos adicionales que no sean cubiertos por el Plan Obligatorio de Seguridad Social y que no correspondan a enfermedades comunes, pero sí de enfermedades terminales o huérfanas.

Disminución del ingreso por incapacidad médica según rangos establecidos en el presente reglamento.

Secuestro, desplazamiento forzado, debidamente reportado a las autoridades competentes según rangos establecidos en el presente reglamento.

Casos Especiales: Se entenderá como casos especiales, aquella enfermedad o patología común diagnosticada por el sistema general de salud – POS, de manera permanente y continua por un periodo de cinco (5) años.



☎ Teléfono: (57)+1 3683100
📍 Carrera 37 No. 23A - 60
🌐 www.cooacueducto.coop



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

COOACUEDUCTO

SOLICITUD AUXILIO SOLIDARIDAD

**Gestión social
Educación y solidaridad**

Código: PM-GS-ES-F-01

Versión: 06

Fecha: 16/01/2025

REQUISITOS PARA RADICAR UN AUXILIO DE SOLIDARIDAD POR CALAMIDAD DE SALUD

Formulario de solicitud debidamente diligenciado y firmado por el asociado.	
Carta de solicitud firmada, donde se relacionen los hechos.	
Copia de los dos últimos desprendibles de pago. (No vacaciones)	
Copia del resumen de la historia clínica (no mayor a 30 días) donde se refleje el diagnóstico.	
Copia documento de incapacidad,	
Controles y citas médicas, en dado caso que tengan que ser transportados en medios especiales no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud.	
Si el auxilio es para un integrante del grupo familiar debe adjuntar certificado de parentesco (registro de nacimiento, matrimonio, etc.)	
Estado de cuenta reflejándose al día en sus obligaciones.	

**EN CASO DE CALAMIDAD ARREMETIDA POR LA NATURALEZA
(incendio, terremoto, inundación, etc. del lugar de residencia)**

Formulario de solicitud debidamente diligenciado y firmado por el asociado.	
Carta de solicitud firmada, donde se relacionen los hechos.	
Copia del último desprendible de pago.	
Documento soporte expedido por la autoridad competente del lugar de los hechos, que, de fe de lo sucedido, citando la dirección del inmueble la cual no debe superar los treinta (30) días de expedición.	
Presentar registro fotográfico y/o videos.	
Facturas electrónicas, certificados y documentos soporte que acrediten la calamidad, siniestro o situación.	
Copia del certificado de libertad de la vivienda donde ocurrió el siniestro (debe ser propiedad del asociado y vigencia 30 días calendario) o contrato de arrendamiento vigente.	
Estado de cuenta reflejándose al día en sus obligaciones.	

AUTORIZACIÓN PARA ACCESO A LA HISTORIA CLINICA

Yo _____, mayor de edad e identificado(a) como aparece al pie de mi firma, de manera libre, expresa, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca y teniendo como fundamento el artículo treinta y cuatro (34) de la Ley 23 del año 1981, autorizo expresamente a la COOPERATIVA DE TRABAJADORES Y PENSIONADOS DE LA EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ "COOACUEDUCTO" para que acceda, consulte y conozca mi historia clínica y demás documentos anexos que compongan la misma y que den claridad frente a mi estado de salud actual, con el propósito expresamente de ser tenida en cuenta para efectos del estudio y validación de mi solicitud de auxilio de solidaridad que radico por medio del presente formato, de la misma manera autorizo el uso de mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales y para los fines relacionados con su objeto social"

Firma: _____

Nombre: _____

c.c. _____

Este formato debe ser diligenciado con todos los datos solicitados y con absoluta claridad. La presente solicitud no compromete a la cooperativa en el otorgamiento del auxilio de solidaridad.



☎ Teléfono: (57)+1 3683100
📍 Carrera 37 No. 23A - 60
🌐 www.cooacueducto.coop