



FORMATO SOLICITUD DE CONTRIBUCIÓN ECONOMICA

COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE GIROS Y FINANZAS C.F. S.A.
COMITÉ DE SOLIDARIDAD



FECHA DE SOLICITUD: _____

INFORMACIÓN GENERAL DEL ASOCIADO		
NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CIUDAD RESIDENCIA
EMPRESA	AREA / AGENCIA	CARGO
CORREO ELECTRONICO:		E.P.S. / MED PREPAGADA

INFORMACIÓN GENERAL DEL BENEFICIARIO			
NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CIUDAD RESIDENCIA	
PARENTESCO CON EL ASOCIADO	EDAD	E.P.S. / MED PREPAGADA	<input type="checkbox"/> COTIZANTE <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO

CONTRIBUCIÓN SOLICITADA				
SERVICIOS MEDICOS:				
<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> CIRUGIAS	<input type="checkbox"/> EXAMENES	<input type="checkbox"/> IMPLEM. ORTOPEDICOS
<input type="checkbox"/> VACUNAS	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA	<input type="checkbox"/> TERAPIAS	<input type="checkbox"/> OTROS: - _____	

REQUISITOS: Adjuntar fotocopia de la fórmula médica u orden de examen o procedimiento o historia clínica emitida por la EPS y/o entidad de salud (medicina prepagada y/o medicina alternativa y/o profesional de la salud autorizado) a la que se asiste el asociado o el beneficiario y fotocopia legible de la factura, recibo de caja o cuenta de cobro (rut del generador de la cuenta) con una vigencia no mayor a 30 días emitida por una entidad o personal legalmente constituida donde se detalle el pago realizado de acuerdo con la orden/formula médica o la historia clínica.

OTRAS CONTRIBUCIONES:	
<input type="checkbox"/> LENTES	Adjuntar fotocopia de la fórmula de lentes emitida por la entidad de salud o profesional de la especialidad autorizado, a la que asiste el asociado o el beneficiario.
<input type="checkbox"/> DAÑOS EN BIEN INMUEBLE Y/O ENSERES.	Adjuntar Certificado o Acta de Inspección visual de los daños ocasionados por parte de un miembro del comité de Solidaridad o un representante autorizado por la Cooperativa, en las ciudades fuera de Cali. Adjunta fotocopia del certificado de tradición (en caso de ser una solicitud por daños a inmueble) y fotocopia de las facturas que demuestren los arreglos o adquisición, o reposición de los enseres que hayan sido afectados.

COMENTARIOS ASOCIADO

FIRMA: _____

VALIDACION COOPERATIVA		
FECHA RADICACIÓN: _____	FECHA INGRESO ASOCIADO A LA COOPERATIVA: ____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> DOCUMENTOS ADJUNTOS COMPLETOS	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO REGISTRADO EN LA BASE DE DATOS	
OBSERVACIONES: _____		
INFORMACIÓN DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VALIDACIÓN:		
NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA

ESTUDIO COMITÉ DE SOLIDARIDAD	
APROBACIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACTA NRO: _____ FECHA: _____
VALOR APROBADO: \$ _____	
OBSERVACIONES: _____	
_____	_____
Integrante Comité Solidaridad	Integrante Comité Solidaridad
_____	_____
Integrante Comité Solidaridad	Integrante Comité Solidaridad