

	<b>COOPERATIVA MULTIACTIVA DE PROFESIONALES SOMEC</b>	Fecha: Oct. 7 de 2022
	<b>LISTA DE CHEQUEO – AUXILIOS DE SOLIDARIDAD Y/O CALAMIDAD</b>	Versión: 1
		Código: GE-ASC-F-001

Fecha: \_\_\_\_\_

De acuerdo con los Reglamentos de Solidaridad y Calamidad, solicito el estudio de otorgamiento de auxilio, a causa de la siguiente situación:

ITEM	ORIGEN DE LA SOLICITUD	APLICA
1	Ayuda complementaria por gastos de cirugía, enfermedad o adicionales no incluidos por el POS.	
2	Incapacidad médica certificada que ocasione lucro cesante, superior a once (11) días.	
3	Tratamientos odontológicos únicamente de tipo funcional por trauma y/o patologías, no cubiertos por la EPS, Medicina Prepagada ni las compañías de Seguros, el cual será únicamente para el asociado.	
4	Enfermedad de familiares de primer grado de consanguinidad que dependan económicamente del asociado.	

Para tramitar esta solicitud, adjunto los siguientes documentos:

ITEM	DESCRIPCIÓN	APORTA	
		SI	NO
1	Formulario de solicitud de auxilio de calamidad y/o solidaridad debidamente diligenciada.		
2	Fotocopia de la Historia Clínica con su respectivo registro médico.		
3	Facturas de los gastos no cubiertos por el POS no superiores a 60 días.		
4	Para atención y/o servicio de enfermería o fisioterapia, debe presentar las cuentas de cobro junto con la fotocopia de la cédula y el Rut.		
5	Copia del RUT o última declaración de renta realizada.		
6	Certificación o extracto bancario no superior a 30 días.		

En el caso de incapacidades:

ITEM	DESCRIPCIÓN	APORTA	
		SI	NO
1	Si es trabajador dependiente: soporte de incapacidad médica, junto con los documentos de pago de la nómina donde figure el descuento de la incapacidad y certificación de ingresos mensuales.		
2	Si es independiente: certificado de ingresos expedido por contador público, fotocopia de la cédula y tarjeta profesional del contador junto con la planilla de pago de aportes a la EPS.		

En el caso de enfermedades de familiares de primer grado de consanguinidad:

ITEM	DESCRIPCIÓN	APORTA	
		SI	NO
1	Certificado extra-juicio de dependencia económica emitido por notaría, junto con el registro civil de nacimiento del asociado o acta de matrimonio.		

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

Espacio exclusivo para Somec
Nombre y firma Asesor Comercial:
Fecha: