

**SOLICITUD AUXILIO DE SOLIDARIDAD****CÓDIGO:** FO-BAS-008
FECHA DE VIGENCIA: 2026-03-30
VERSIÓN: 14

Fecha de diligenciamiento (Año - Mes -Día): _____

Información del AsociadoNo. Documento de identidad: _____ Nombres y Apellidos: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Número telefónico de contacto _____ Número de Contacto Adicional _____
Correo Electrónico: _____**Tipo de Auxilio a Solicitar**Calamidad Afectación a la Salud
(Daño o pérdida total o parcial del patrimonio del asociado o su cónyuge, ocurridos en su lugar de residencia) *(Del asociado o su grupo familiar)*
Incapacidad Temporal Fallecimiento
(Del asociado) *(Del grupo familiar del asociado)***Autorización Apertura Cuenta de Ahorro a la Vista**

COOPEBIS, autorizada para captar ahorros de sus asociados, y el asociado abajo firmante de esta solicitud, aceptan abrir una cuenta de ahorro a la vista (Coopirenta) conforme a lo establecido en las normas legales vigentes y demás disposiciones concordantes al Estatuto y al Reglamento de Ahorros de la Cooperativa.

SI No **Autorización Tratamiento de Datos Personales**

Dando cumplimiento a la ley 1581 de 2012, en mi calidad de titular de la información, autorizo mediante la firma de este formulario, de manera expresa, voluntaria, previa, explícita e informada a la cooperativa para el Bienestar Social COOPEBIS, a quien la represente o a quien ceda sus derechos, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, notifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba, disponga y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios, así como los datos que la cooperativa tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en su objeto social y que se han incorporado en las distintas bases de datos o repositorios con que cuenta la cooperativa a/con terceros, con quienes tenga convenio vigente o relación jurídica alguna a la cooperativa para el Bienestar Social COOPEBIS. Manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mi datos y su finalidad, conforme con la "Política de Tratamiento de la Información" de COOPEBIS a la cual puedo acceder en cualquier momento a través de la página www.coopebis.coop, en su pie de página. COOPEBIS cuenta con una infraestructura administrativa destinada entre otras funciones, a asegurar la debida atención de requerimientos, peticiones, consultas, quejas y reclamos relativos a la protección de datos, a fin de garantizar el ejercicio de los derechos contenidos en la Constitución Nacional y la Ley. Así las cosas, declaro que he sido informado de los diferentes canales de comunicación con que cuenta la cooperativa para el Bienestar Social COOPEBIS que tienen como fin, ejercer los derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento (siempre y cuando no tenga relación contractual alguna) otorgado para el tratamiento de datos personales. Autorizo mediante la firma de este formulario la apertura de una cuenta de ahorro a vista.

Firma del Asociado**Requisitos Generales**Ser asociado hábil al momento de la afectación (Pago del 1er. Aporte).
Estar al día en el pago de aportes, fondo mutual y no presentar mora con las obligaciones contraídas con Coopebis.
Acreditar una antigüedad de vinculación mínima como asociado de la Cooperativa un (1) año, al momento de la ocurrencia del evento.
Los recursos aprobados serán consignados únicamente en cuentas internas de la cooperativa, por lo tanto, los asociados deberán tener abierta una cuenta de ahorro a la vista con COOPEBIS.**Requisitos Documentales**Si la solicitud es por Calamidad o Afectación a la Salud, comunicado explicativo con el detalle los hechos ocurridos.
Los documentos que se requieran para **acreditar parentesco y/o dependencia económica**, en caso de que la afectación sea de su grupo familiar. **(Ver al respaldo)**.
Estos documentos deben ser documentos existentes antes de la solicitud, exceptuando la sentencia judicial emitida por un Juez de Familia para reconocer de forma posterior la unión marital de hecho cuando uno de los miembros ha fallecido.
Los documentos que se requieran para **acreditar la situación presentada de acuerdo con el tipo de auxilio** según el reglamento del fondo. **(Ver al respaldo)**.Estado de cuenta del asociado, el cual **será anexado por Coopebis**.**Alcance del Grupo Familiar**

- 1) El cónyuge. A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.
- 2) Los hijos hasta veinticinco (25) años que dependen económicamente del asociado. Los hijos de cualquier edad con discapacidad física o mental o incapacidad permanente (igual o superior al 50%) y que dependan económicamente del asociado, mientras estos no estén casados, ni en unión marital de hecho. Los hijos adoptivos hasta veinticinco (25) años que dependan económicamente del asociado.
- 3) Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del asociado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo, que se encuentren en las situaciones definidas en el numeral dos (2).
- 4) Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal al asociado o su cónyuge por la autoridad competente.
- 5) Los padres del asociado. Los nietos menores de 25 años que dependan económicamente del asociado o su conyugue. Los hermanos que dependan económicamente del asociado.

Requisitos para acreditar parentesco y/o dependencia económica	
Parentesco / Condición	Requisitos para Acreditar
Cónyuge	Registro Civil de Matrimonio.
Compañero o compañera permanente	Se acreditará con alguno de los siguientes documentos: •Declaración por escritura pública ante Notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes. •Acta de Conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centro de conciliación legalmente constituido. •Por sentencia judicial.
Hijos, padres, hermanos o nietos	Registros civiles correspondientes.
Hijo adoptivo	Certificado de adopción o acta de entrega del menor, emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.) o entidad
Menores en custodia legal	Orden judicial o acto administrativo expedido por la autoridad competente.
Discapacidad o incapacidad permanente de los hijos que dependan económicamente.	Dictamen emitido por la Entidad Promotora de Salud (EPS) en la cual se encuentre afiliado o por la entidad competente cuando se trate de la calificación de invalidez.
Dependencia económica	Registro del núcleo familiar como beneficiarios del asociado o su cónyuge cotizante, en el sistema de seguridad de salud o declaración por escritura pública ante Notario.
Tipos de Auxilios de Solidaridad	
Descripción del Auxilio	Requisitos
AFECTACIÓN ECONÓMICA (POR CALAMIDAD): En los casos de daño o pérdida total o parcial del patrimonio del asociado o su cónyuge, ocurridos en su lugar de residencia, causado por atentado terrorista, vandalismo, accidente ocasionado por terceros, hurto, daños ocasionados por la infraestructura de servicios públicos o desastres naturales tales como: terremotos, vendaval / huracán, inundaciones, fallas en el terreno, derrumbes, rayos o incendios siempre y cuando estos, no hayan sido motivados por hechos que comprometan su responsabilidad. El gasto o pérdida asumido por el asociado o su cónyuge debe ser igual o superior a un (1) SMMLV.	*Los requisitos citados en la primera página. *El término para presentar la solicitud a Coopebis no debe superar los tres (3) meses calendario contados a partir de presentarse el evento calamitoso. * Denuncios instaurados ante entidades competentes (en los casos que aplique). *Certificación del Instituto Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio climático IDIGER, o entidad competente que atendió la emergencia o calamidad, especificando fecha del evento, lugar de ocurrencia (dirección del predio), relación de los daños causados en este. *Certificado de libertad con vigencia no superior a 30 días o, Copia del contrato de arrendamiento (cuando aplique). *Facturas originales (electrónica) de los gastos asumidos, con requisitos de Ley (Artículo 774 del Código de Comercio en concordancia con el Artículo 674 del Estatuto Tributaria), o la norma que esté vigente, con fecha no superior a 3 meses calendario desde la fecha de la afectación, que registren el nombre del asociado o su cónyuge.
AFECTACIÓN ECONÓMICA (POR AFECTACIÓN A LA SALUD): De los asociados y beneficiarios establecidos en el reglamento y que requieran asumir costos para intervenciones quirúrgicas que no sean catalogadas como tratamientos estéticos, las terapias rehabilitantes, prótesis ortopédicas, implantes cardiacos, auditivos, oculares y odontológicos, artículos ortopédicos esenciales, medicamentos y tratamientos no cubiertos o no disponibles por el POS, servicio de enfermería o cuidador de manera temporal para recuperación post operatorios, servicios especializados de atención a personas con discapacidad y otros tratamientos no cubiertos por el POS, que afecten directamente la salud física y psicológica de conformidad con el dictamen del profesional de la salud. El gasto asumido por el asociado y/o su núcleo familiar debe ser igual o superior a un 75% de un (1) SMMLV. Se excluyen de este auxilio todos aquellos tratamientos nutricionales y procedimientos considerados como estéticos y tratamientos de salud oral como: Brackets y servicio de limpieza o blanqueamiento dental.	* Los requisitos citados en la primera página. *El término para presentar la solicitud a Coopebis no debe superar los tres (3) meses calendario contados a partir del pago del evento, así mismo las certificaciones deben ser expedidas con una antelación no superior a tres meses calendario al pago de este. *Fórmula médica emitida por la EPS donde especifique nombre del paciente (asociado y/o beneficiario núcleo familiar), número de documento de Identidad y cantidad de los medicamentos formulados. *Facturas originales (electrónica) de los gastos asumidos, con requisitos de ley (Artículo 774 del Código de Comercio en concordancia con el Artículo 674 del Estatuto Tributaria) o la norma que esté vigente, con fecha no superior a 3 meses calendario desde la fecha del pago, que registren el nombre del asociado o nombre de la persona afectada del núcleo familiar. (El concepto debe ser concordante con la fórmula médica). *Cuenta de cobro y RUT para los servicios de enfermería o cuidador.
AFECTACIÓN ECONÓMICA (POR INCAPACIDAD TEMPORAL): De los asociados ocasionada por enfermedad general. Se reconocerá el auxilio al asociado que haya sido incapacitado por mínimo veinticinco (25) días continuos o discontinuos siempre y cuando haya sido generada por la misma enfermedad general y que en caso de discontinuidad la misma no supere tres (03) días. Se excluyen de este beneficio las incapacidades generadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional reconocidas por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).	*Los requisitos citados en la primera página. *El término para presentar la solicitud a Coopebis no debe superar los cuarenta y cinco (45) días calendario contado a partir de la finalización de la incapacidad. *Incapacidad expedida por la EPS del asociado, en donde se indique la fecha de inicio y terminación de esta, mayor a veinticinco (25) días calendario continuos; o discontinuos siempre y cuando haya sido generado por la misma enfermedad general y no supere tres (3) días la interrupción de la incapacidad. *No se exigirá incapacidad expedida por la EPS para personas que viven en el exterior.
POR FALLECIMIENTO: En caso de que la póliza vida grupo de COOPEBIS no apruebe el pago de las solicitudes de auxilio por fallecimiento de familiares de asociados o no aplique su cobertura, estas se evaluarán a través del fondo de Solidaridad.	*Certificado o comunicado de la aseguradora donde se evidencie la no aprobación del auxilio de fallecimiento a través de la póliza vida grupo. (Sujeto a la cobertura de la póliza). *Los requisitos citados en la primera página. *Registro Civil de Defunción del familiar *El término para presentar la solicitud a Coopebis no debe superar los tres (3) meses calendario contados a partir del fallecimiento del familiar.