



COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL ISS

SOLICITUD DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD

PSOL-F-001
15-VII-2022
VERSIÓN 17

Ciudad y Fecha de Solicitud: _____ N° Solicitud _____

Por medio de la presente solicito un Auxilio de Solidaridad por motivo de:

TIPO DE AUXILIO:

➤ **AUXILIO DE SALUD**

Fotocopia de la cédula _____ Cuenta de ahorros Cooptraiss _____
Resumen de la Historia Clínica del Paciente (en original) _____
Factura de venta legal en original (Nit. Régimen tributario y Resolución DIAN) cancelada _____

➤ **AUXILIO OFTALMOLÓGICO***

Fotocopia de la cédula _____ Cuenta de ahorros Cooptraiss _____
Formula Oftalmológica (en original) _____
Factura de venta legal en original (Nit. Régimen tributario y Resolución DIAN) cancelada _____

***Se otorga cada tres años al asociado.**

➤ **AUXILIO DE GRAVE DAÑO A LOS BIENES**

Fotocopia de la Cédula _____ Cuenta de ahorros Cooptraiss _____
Certificado de Tradición y Libertad del bien (No mayor a sesenta días) (en original) _____
Certificación de la autoridad competente en original (Bomberos o Alcaldía) _____
Factura de venta cancelada legal en original (Nit. Régimen tributario y Resolución DIAN) o en su efecto cotización _____
Fotos que evidencien la calamidad _____

OBSERVACION: En caso de encontrarse en mora con sus obligaciones en Cooptraiss, el monto del auxilio aprobado se cruzará con el saldo en mora que presente a la fecha.

Nombre: _____ N.º de Cédula: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Firma del Asociado

Nombre del trabajador que recibe

Espacio exclusivo para diligenciar por el Comité de Solidaridad y Trabajador que valida: Auxilio N°: _____

Decisión: Aprobado _____ Negado _____ Pendiente _____

Fecha: _____ Acta N°: _____ Monto: \$ _____

Observaciones:

Firmas:

Presidente

Vicepresidente

Secretario(a)

Integrantes del Comité

Nombre del Trabajador que valida



Aviso de Privacidad

LA COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES – COOPTRAISS identificada con el NIT No. 860014397, con domicilio en la Calle 24 No. 26 – 70, Bogotá D.C (Colombia) se permite informar: Que en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos (LEPD) por la cual se establece el Régimen General de Protección de Datos en Colombia y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, así como de las mejores prácticas a nivel internacional en esta materia, es responsable del tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de datos personales en desarrollo de su objeto misional. El presente Aviso de Privacidad tiene como objeto informar al Titular sobre el tratamiento al cual serán sometidos los datos almacenados en nuestras bases de datos e informar si estos estarán sujetos a transmisión y/o transferencia a terceras entidades los datos personales recabados serán tratados con las siguientes finalidades:

Guardar la información necesaria para dar cumplimiento a deberes legales, principalmente en materia contable, societaria, y laboral. La información sobre asociados, proveedores, aliados comerciales y trabajadores, actuales o pasados, se guarda con el fin de facilitar, promover, permitir o mantener relaciones de carácter laboral, civil y comercial, particularmente las relacionadas con el desarrollo, planeación e implementación de programas, proyectos, planes, políticas, contratos o convenios. Los titulares de datos personales tienen el derecho de conocer, actualizar, rectificar, suprimir frente a los responsables del tratamiento, revocar o reclamar por infracción sobre sus datos con un escrito dirigido a la COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES – COOPTRAISS mediante correo postal remitido a CALLE 24 No. 26 -70, BOGOTÁ D.C., (Colombia) o a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@cooptraiss.com indicando la actualización y/o rectificación a realizar y aportará la documentación que sustente su petición, el procedimiento para atención y respuesta a peticiones, consultas, quejas y reclamos de la Política de Privacidad y Tratamiento de los Datos Personales, se pueden consultar en cualquier momento en la página web www.cooptraiss.com en el enlace: [Política de Privacidad](#).

Declaro que he leído y comprendido a cabalidad el contenido del presente documento, y ratifico las autorizaciones otorgadas y compromisos adquiridos:

Nombre Asociado: _____

Firma Asociado: _____

Cédula: _____

