



# COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL ISS

## SOLICITUD DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD

PSOL-F-001  
08/02/2024  
VERSIÓN 20

Presencial  Virtual

Ciudad y Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_ N° Solicitud \_\_\_\_\_

Por medio de la presente solicito un Auxilio de Solidaridad por motivo de \_\_\_\_\_

➤ **AUXILIO DE SALUD**

Cuenta de ahorros Cooptraiss \_\_

Resumen de la Historia Clínica o epicrisis del Paciente (original) \_\_

Factura de venta legal en original cancelada (para régimen simplificado, copia del RUT del proveedor) \_\_

➤ **AUXILIO OFTALMOLÓGICO\***

Cuenta de ahorros Cooptraiss \_\_

Formula Oftalmológica (en original) \_\_

Factura de venta legal en original cancelada (para régimen simplificado, copia del RUT de la óptica) \_\_

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

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

Cuenta de ahorros Cooptraiss \_\_

Certificado de Tradición y Libertad del bien (No mayor a sesenta días, Original) \_\_

Certificación de la autoridad competente en original (Bomberos o Alcaldía) \_\_

Factura de venta cancelada legal en original (para régimen simplificado, copia del RUT del proveedor) o cotización \_\_

Fotos que evidencien la calamidad \_\_

### OBSERVACIONES:

- 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.

- Para la radicación por la página WEB, se debe realizar por el ícono de Cooptraiss virtual con el usuario que corresponda al asociado que hace la solicitud o de forma presencial por el solicitante.

Nombre y apellidos completos: \_\_\_\_\_

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](mailto: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](http://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: \_\_\_\_\_

