

	FORMULARIO ÚNICO DE AUXILIO EDUCATIVO	Código: GS-F-01
		Versión: 08
		Vigencia: Desde Semestre 2026-2

Por medio del presente documento, formalizo la postulación al programa de Auxilios Educativos de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Gómez Plata Ltda., bajo los parámetros fijados en el Reglamento vigente.

1. DATOS DEL ASOCIADO SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Completos:			
Identificación: ☐ C.C. ☐ T.I. N°		Edad: _____ años	Género: ☐ M ☐ F
Dirección de Domicilio:		Municipio:	
Teléfono Celular:		Correo Electrónico:	
Curso de Cooperativismo (Mín. 20 horas):		☐ SÍ , adjunta certificación ☐ NO cumple el requisito	
Antigüedad como Asociado:		☐ De 6 a 12 meses ☐ De 13 a 36 meses	
		☐ De 37 a 60 meses ☐ Más de 60 meses	
Productos con la Cooperativa: <i>(Marque todas las opciones vigentes)</i>		☐ Aportes Sociales >= 1 SMLV	
		☐ Aportes Sociales < 1 SMLV	
		☐ Cuenta de Ahorros (Mínimo \$100.000 saldo a la vista)	
		☐ Crédito Vigente	
		☐ CDAT	

2. INFORMACIÓN DE INCLUSIÓN Y PRIORIZACIÓN

¿El estudiante solicitante o beneficiario presenta alguna condición de discapacidad física, cognitiva o sensorial acreditable? (Parágrafo 5, Art. 9 del Reglamento) ☐ SÍ ☐ NO <i>(*Nota obligatoria: En caso positivo, es indispensable anexar la certificación oficial expedida por la autoridad competente del sector salud (EPS o Junta de Invalidez)</i>

3. DATOS DEL BENEFICIARIOS (Diligenciar únicamente si el auxilio NO es para el asociado

Parentesco directo con el Asociado: ☐ Hijo(a) ☐ Cónyuge / Compañero(a) Permanente ☐ Padre / Madre ☐ Hermano(a) menor de 18 años (Dependiente económicamente)		
Nombres y Apellidos del Beneficiario:		
Identificación: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ R.C. N°	Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Edad: ____ años
Correo electrónico:		Nº. cel.:

4. INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y PROGRAMACIÓN ACADÉMICO

Nombre de la Institución Educativa:		
Carácter de la Institución: ☐ Oficial / Pública ☐ Privada		¿Es beneficiario de "Matrícula Cero"?: ☐ SÍ ☐ NO
Nivel de Formación que cursa: ☐ Técnica Profesional ☐ Tecnológico ☐ Pregrado / Universitaria ☐ Postgrado ☐ (Especialización, Maestría, Doctorado)		
Programa Académico:		
Semestre / Período Académico a ingresar:	Promedio de Notas del Periodo Anterior: _____ <i>(Mínimo 4.0 en escala de 1 a 5. No se admiten promedios acumulados o ponderados)</i>	

	FORMULARIO ÚNICO DE AUXILIO EDUCATIVO	Código: GS-F-01
		Versión: 08
		Vigencia: Desde Semestre 2026-2

5. LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA (Artículo 10)

Adjunto	Documento Soporte Requerido
[]	Formulario Único de Solicitud completamente diligenciado y firmado sin enmendaduras.
[]	Fotocopia legible del Documento de Identidad del asociado solicitante (y del beneficiario, si aplica).
[]	Registro Civil de Matrimonio, Declaración de Unión para comprobar parentesco (si aplica).
[]	Certificado de Dependencia Económica (si aplica).
[]	Certificación de Calificaciones Original del último periodo cursado con promedio numérico >= 4.0 .
[]	Certificado de estudio vigente expedido por la institución que especifique periodo, duración y valor de matrícula.
[]	Copia de la liquidación de matrícula con su correspondiente recibo de pago cancelado .
[]	Certificado del Curso de Educación en Cooperativismo (mínimo 20 horas de intensidad).
[]	Si aplica (Matrícula Cero): Certificación expedida por la institución académica que acredite este beneficio.
[]	Si aplica (Discapacidad): Certificación médica oficial emitida por la EPS o entidad competente.
[]	Estado de Cuenta
[]	ACTUALIZACIÓN DE DATOS, el pago de aportes y demás obligaciones

6. DECLARACIÓN JURAMENTADA Y COMPROMISO

En mi calidad de asociado de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Gómez Plata, certifico bajo la gravedad de juramento que toda la información suministrada en este formulario y sus anexos es totalmente verídica. Declaro conocer y comprender el *Reglamento de Auxilios Educativos vigente*, aceptando de manera voluntaria los criterios de ponderación, tabulación y resultados determinados por el Comité de Educación. Autorizo expresamente a la Cooperativa a verificar ante las entidades correspondientes la autenticidad de los soportes adjuntos. **Asimismo, declaro conocer que las personas que soliciten el auxilio educativo en calidad de beneficiarios tendrán la obligación de asociarse a la Cooperativa como máximo después de haber recibido tres (3) auxilios educativos.** Entiendo que cualquier falsedad o el incumplimiento de las condiciones reglamentarias provocará la exclusión inmediata del proceso, sin perjuicio de las sanciones estatutarias y disciplinarias correspondientes.

Firma del Asociado Solicitante
C.c.

Índice Derecho

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO INTERNO DE LA COOPERATIVA	
Fecha de Recibido: ____ / ____ / ____	Recibido por (Funcionario):
Estado: [] Radicado Completo [] Rechazado / Incompleto	Puntaje Total de Tabulación: _____ puntos
Observaciones:	