



SOLICITUD SERVICIO
CATEGORIZACIÓN



FECHA DE VISITA DEL ASESOR			SOLICITUD NÚMERO (Consecutivo Fundecopi)	FECHA RECEPCIÓN SOLICITUD		
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
ASOCIADO						
DROGUERÍA						
CÓDIGO DROGUERÍA			CIUDAD - DPTO			
DIRECCIÓN						
TELÉFONO			CELULAR			

Requerimientos de uso Programa de Categorización:

El costo del programa de categorización para la vigencia 2016, por técnico es de \$85.000 día, es decir que dos técnicos equivale a \$170.000 día.

La Cooperativa apoyará a través del Fondo de Asistencia Técnica a los asociados que realicen los procesos de categorización que duren dos (2) días máximo de ocho (8) horas diarias con el 50% día categorización y el 100% de los viáticos que se generen por los desplazamientos de estos dos días de proceso.

Los días adicionales tendrán que ser asumidos por los asociados a razón del valor día categorización más los viáticos que ello genere. Para las ciudades y/o municipios fuera de Bogotá, los viáticos que se relacionaran son alojamiento (70.000), desayuno (8.700), cena (11.000), estas tarifas son del 2015, con el asesor de desarrollo estaremos informando las nuevas tarifas. Si hubiese lugar a horas extras, estas deben ser solicitadas y autorizadas por el asociado.

La elaboración de la planimetría no tiene costo para el asociado, sin embargo se cobrará \$45.000, sólo en caso de desistir de recibir al Técnico que elaborará el plano, luego de programar la visita.

Recuerde que los desplazamientos a los departamentos a nivel nacional se realizan con mínimo 10 solicitudes.

Estos valores serán cobrados por medio de una o dos facturas.

En atención a la información suministrada por el asesor de Coopidrogas y por la enunciada anteriormente, me permito solicitar los siguientes servicios, para que me sean prestados a través de Fundecopi.

SERVICIO 1	MARQUE CON UNA (X)	SERVICIO 2	MARQUE CON UNA (X)
LEVANTAMIENTO PLANOMETRÍA		CATEGORIZACIÓN EN EL PUNTO DE VENTA	
Después de levantada la planimetría autorizo a continuar con el proceso de CATEGORIZACIÓN EN EL PUNTO DE VENTA		SI	NO
		FECHA AUTORIZACIÓN	
		DD	MM AAAA
NOMBRE LEGIBLE (Asociado o persona encargada y autorizada por el asociado)			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C.	C.E.	No.
FIRMA			