


 Fecha:  
 DD - MM - AA

Código Empleado:

**1. DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO**

Nombre Completo:

No. Documento de Identidad:

Dirección de Residencia:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Ciudad:

Planta:

Cargo:

No. de Cuenta Bancaria:

Tipo de Cuenta:

 Corriente  Ahorros

Entidad:

**2. TIPO DE AUXILIO (marque la opción correspondiente)**
 Natalidad  Calamidad Doméstica  Jubilación  Gastos Médicos  Educación

**3. DATOS DEL BENEFICIARIO (si aplica)**

Nombre Completo:

Relación:

 Cónyuge  Hijo  Padre o Madre

Tipo de Documento:

 RC  TI  CC  CE

No. Documento de Identidad:

Fecha de Nacimiento:

DD - MM - AA

Nivel educativo:

**ESPACIO RESERVADO PARA SOLICITUD DE AUXILIO EDUCATIVO**
 Preescolar  Básica Primaria  Secundaria  Técnico  Tecnólogo  Universitario  Posgrado

**OBSERVACIONES** El auxilio se otorga conforme al reglamento de 'Auxilios Solidarios' aprobado por la Junta Directiva.

• La entrega del auxilio está sujeta las condiciones del reglamento, a verificación de documentos y cumplimiento de plazos. **DOCUMENTOS ADJUNTOS:** Historia Clínica \_\_\_\_ Orden/Fórmula Médica \_\_\_\_ Registro Civil Nacimiento \_\_\_\_ Facturas \_\_\_\_ Certificado de Estudio \_\_\_\_ Registro Civil Matrimonio \_\_\_\_ Declaración Extra-Juicio \_\_\_\_ Resolución Pensión \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_ **CONDICIONES GENERALES:** • Cumplir con permanencia mínima y plazos establecidos para cada tipo de auxilio que especifica el reglamento. • No se cubren gastos estéticos, lentes, anticonceptivos ni leches maternas, entre otros que indica el reglamento. • El auxilio se pierde si el asociado se retira del Fondo antes de la aprobación. • En cualquiera de los auxilios es necesario presentar el documento que confirme el parentesco si la solicitud es para beneficiarios. • El auxilio educativo NO se otorga de manera continua durante todo el año, su disponibilidad está sujeta a vigencia y cupos definidos por la Junta Directiva. **BENEFICIARIOS AUTORIZADOS:** Cónyuge, hijos hasta 25 años, padres, hijos discapacitados sin límite de edad. **REQUISITOS ESPECÍFICOS:** • **Natalidad:** antigüedad mínima de 10 meses antes del octavo mes de gestación, Certificado médico (7 meses de gestación) o registro civil del recién nacido, hasta 4 meses después del nacimiento. • **Gastos Médicos:** Historia clínica, orden / fórmulas médicas, facturas y soportes del tratamiento, certificado médico. soportes con fecha no mayor a 60 días • **Calamidad Doméstica:** Documentos que acrediten el suceso (certificación de la entidad competente, registro fotográfico). Hasta 60 días después del suceso. • **Jubilación:** Certificado de resolución de pensión y permanencia mínima de 10 años de vinculación al Fondo. • **Educación:** Certificado estudiantil y parentesco. Al firmar, el asociado declara conocer y aceptar estas condiciones y las establecidas en el reglamento.

**4. ACEPTACIÓN DEL ASOCIADO**

Declaro conozco los requisitos y condiciones establecidos para la solicitud de Auxilios.

Firma del Asociado: \_\_\_\_\_

**ESPACIO RESERVADO PARA USO INTERNO DEL FONDO**

Fecha de ingreso asociado: DD - MM - AA