


 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 Anteojos

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