



Ciudad: _____ Fecha:

| | | |
|----|----|----|
| D/ | M/ | A/ |
|----|----|----|

 Fecha Recibido Fondo de Empleados:

| | | |
|----|----|----|
| D/ | M/ | A/ |
|----|----|----|

Nombre: _____ C.C. _____ Empresa: _____

Tel. Resid.: _____ Fecha última asociación: _____

Por medio de la presente y acogiéndome al Reglamento de Bienestar Social del Fondo vigente, solicito el siguiente auxilio:

- Funerario
- Destrucción parcial o total de la vivienda
- Medicamentos
- Gastos por accidente o enfermedad
- Vacunas
- Lentes y/o cirugía correctiva de ojos
- Odontológico
- Educativo

| | |
|-------------------------------------|---|
| Desembolso <input type="checkbox"/> | Cruce <input type="checkbox"/> |
| | Obligación en Linix <input type="text"/> |
| | Fecha grabación en Linix <input type="text"/> |

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS SOPORTE

| DOCUMENTO | CONFIRMADO CON | FUNCIONARIO FONDO QUE VERIFICA | FECHA VERIFICACIÓN |
|-----------|----------------|--------------------------------|--------------------|
| | | | |

Obligaciones vigentes: Al día Vencidas

Adjunto entrego los documentos soporte. Esta solicitud será sometida a verificación y aprobación antes de su otorgamiento. La fecha de los documentos soporte **no** debe ser superior a **30 días calendario**, con la fecha de entrega en el Fondo de Empleados para tramitar el auxilio.

| Firma Asociado y/o Beneficiario | Vo. Bo. Comité de Bienestar Social | | Vr. Aprobado |
|---------------------------------|------------------------------------|--|--------------|
| C.C. _____ | | | \$ _____ |

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27/06/2018

Impreso por: 2477 Producciones S.A.S. Cel. 315 747 3963 Cali

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27/06/2018

| AUXILIO | MONTO | COBERTURA | REQUISITOS | |
|--|------------------------------|--------------------------|--|--|
| Medicamentos permanentes y no permanentes, formulados por la EPS (Entidad Promotora de Salud) para tratamientos médicos que no estén autorizados por el Plan Obligatorio de Salud. | Hasta el 20 % del S.M.M.L.V. | Asociado y Beneficiarios | <ul style="list-style-type: none"> ➔ Copia de la fórmula médica. ➔ Copia de la factura original legalmente constituida o recibo de caja. ➔ Certificación del vínculo familiar. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Gastos por accidente o enfermedad que no lo cubra el régimen social o Plan Obligatorio de Salud. | | | <ul style="list-style-type: none"> ➔ Historia clínica. ➔ Exámenes médicos. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Las vacunas son para el asociado o los hijos hasta los 15 años de edad, y que no son cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud. | Hasta el 15 % del S.M.M.L.V. | Asociado o hijos | <ul style="list-style-type: none"> ➔ Copia de la factura legalmente constituida o recibo de caja. ➔ Certificación del vínculo familiar. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Auxilio de lentes y cirugía correctiva de ojos. | Hasta el 28 % del S.M.M.L.V. | Asociado e hijos | <ul style="list-style-type: none"> ➔ Copia de la factura legalmente constituida o recibo de caja. ➔ Certificación del vínculo familiar. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Auxilio odontológico. | | Asociado | <ul style="list-style-type: none"> ➔ Copia de la factura legalmente constituida o recibo de caja. ➔ Certificación del vínculo familiar. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Auxilio funerario. | Hasta el 10 % del S.M.M.L.V. | Asociado y Beneficiarios | <ul style="list-style-type: none"> ➔ Certificado de defunción. ➔ Fotocopia cédula del asociado y del fallecido. ➔ Certificación del vínculo familiar. ➔ NOTA: sólo se otorga si el asociado no utiliza el servicio funerario con el Fondo de Empleados. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Daño o destrucción parcial o total de la vivienda del asociado por desastre natural e incendio. | Hasta el 10 % del S.M.M.L.V. | Asociado | <ul style="list-style-type: none"> ➔ Certificación expedida por autoridad competente. ➔ Fotografías. ➔ Certificado de tradición. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Auxilio educativo. | Hasta el 17 % del S.M.M.L.V. | Asociado y Beneficiarios | <ul style="list-style-type: none"> ➔ Recibo de pago de la matrícula. ➔ Boletín de calificaciones. ➔ Para hijos entre los 19 y 25 años, certificación de beneficiario de la EPS. ➔ Certificación del vínculo familiar. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

NOTA: para todos los auxilios, el asociado debe tener mínimo seis (6) meses de antigüedad en el Fondo de Empleados. Los auxilios se otorgan una vez por año fiscal.