



Fondo de empleados
Comfenalco Quindío
NIT: 890.003.013-9

SOLICITUD DE AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD

Fecha de Solicitud:
DD / MM / AAAAA

Nombre del Asociado: _____ Cédula: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

La presente tiene como fin solicitar auxilio para:

**Todos los Siguients Auxilios de Solidaridad Aplican Términos y Condiciones*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lentes y Montura | <input type="checkbox"/> Deporte o Actividad Artística |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Odontológico | <input type="checkbox"/> Daño Parcial de Vivienda |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos/Tratamientos/Servicios NO POS | <input type="checkbox"/> Daño Total de Vivienda |
| <input type="checkbox"/> COPAGO | <input type="checkbox"/> Compra de Vivienda Nueva o Usada |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad _____ días | <input type="checkbox"/> Fallecimiento de Asociado(a): <u>Parentesco</u> |
| <input type="checkbox"/> Servicios Médicos Especializados/Quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Hijo(s) con Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Calamidad (Robo – Hogar - Eventos Naturales) | <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito |

Auxilio a Favor de: SI EL AUXILIO ES PARA ALGUNO DE SUS BENEFICIARIOS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Parentesco: _____ **Edad:** _____ **Nº Identificación:** _____

Observación: _____

Anexos que presentan para esta solicitud:

- Incapacidad + Historia Clínica #Facturas: _____ Valor Total: \$ _____
 Fotografías Certificados Otros: _____

Manifiesto que todo lo declarado anteriormente es verdadero. Autorizo que toda la información suministrada en esta solicitud pueda ser verificada, y en caso de irregularidad o falsedad, se apliquen las sanciones contempladas por la Ley y los Estatutos/Reglamentos de FODECOM. Para tal efecto firmo este documento:

Firma asociado(a): _____

Campo exclusivo para el Comité de Solidaridad Fodecom:



Valor Factura: \$ _____ % Asignado: _____ Valor del Auxilio: \$ _____

Firma del Comité de Solidaridad: _____