



Fondo de empleados  
**Comfenalco Quindío**  
NIT: 890.003.013-9

# SOLICITUD DE AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD

Fecha de Solicitud:  
DD / MM / AAAA

Nombre del Asociado: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

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

## La presente tiene como fin solicitar auxilio para:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lentes y Montura                             | <input type="checkbox"/> Deporte o Actividad Artística                             |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Odontológico/Ortodoncia          | <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/Usada                            |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad _____ días                       | <input type="checkbox"/> Fallecimiento de Asociado: <u>Parentesco</u>              |
| <input type="checkbox"/> Servicios Médicos Especializados             | <input type="checkbox"/> Hijos con Discapacidad                                    |
| <input type="checkbox"/> Calamidad (Robo-Hogar-Catástrofes Naturales) | <input type="checkbox"/> Beca Estudiantil <i>Técnico/Tecnológico/Profesionales</i> |
| <input type="checkbox"/> Servicios Quirúrgicos                        | <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:** \_\_\_\_\_ **N° 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: \_\_\_\_\_