



Fondo de empleados
Comfenalco Quindío

SOLICITUD DE AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD

Fecha de solicitud:

DD / MM / AAAA

Nombre asociado: _____ Celular: _____

Cargo: _____ Correo electrónico: _____

Hijos y/o beneficiarios	Edad	N° de identificación

La presente tiene como fin solicitar auxilio para:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> *Lentes y monturas | <input type="checkbox"/> *Incapacidad - número de días: _____ |
| <input type="checkbox"/> *Tratamiento odontológico | <input type="checkbox"/> *Servicio médico especializado |
| <input type="checkbox"/> *Ortodoncia | <input type="checkbox"/> *Calamidad por:
(robo, inundación, catástrofe, natural) |
| <input type="checkbox"/> *Medicamentos no POS | <input type="checkbox"/> *Servicio quirúrgico |
| <input type="checkbox"/> *Tratamiento no POS | <input type="checkbox"/> *Accidente de tránsito |
| <input type="checkbox"/> *Vacunas no POS | |
| <input type="checkbox"/> *Copago | |

Auxilio a favor de: _____ parentesco: _____

Observaciones: _____

Anexos que presenta para la solicitud:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Incapacidad + historia clínica | <input type="checkbox"/> Factura # _____ Valor \$: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fotografías | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Manifiesto que todo lo declarado anteriormente es verdadero. Autorizo para que la información suministrada pueda ser verificada y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas por la Ley. Para tal efecto firmo este documento.

Firma asociado: _____

Campo exclusivo del comité de solidaridad:

Valor factura:	% Asignado:	Valor auxilio:
Firmas comité:		