



**FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO EMPRESARIAL
AGROAVÍCOLA
"FONDEA"
NIT. 890.323.723-2**

Código: FO-GR-13
Versión: 10
Fecha de Edición
27-02-2025

SOLICITUD DE AUXILIO

Fecha:

Fecha de último auxilio:

Fecha ingreso a FONDEA
DD MM AAAA

NOMBRE DEL ASOCIADO:	
CÉDULA ASOCIADO:	LUGAR DE EXPEDICION DE LA CEDULA:
CELULAR:	TELÉFONO:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	CIUDAD:
PATRONAL:	LUGAR UBICACIÓN ASOCIADO DENTRO DE LA EMPRESA:
N° CUENTA BANCARIA:	ENTIDAD BANCARIA: <input type="text"/> TIPO DE CUENTA: AH CTE

Nota: Por medio de el presente y acogíendome al reglamento del FONDO DE BIENESTAR SOCIAL vigente, solicito el auxilio por:

TIPO DE AUXILIO	COBERTURA	REQUISITOS	VALOR APROBADO	
Destrucción total o parcial de la vivienda o pérdida de bienes.	.ASOCIADO	<ul style="list-style-type: none"> ● Certificación expedida por Autoridad competente ● Fotografías. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Certificado de tradición si es bien Propio ó contrato de arrendamiento si es en alquiler. 	\$ <input type="text"/>
Incapacidad por enfermedad general (No aplica por incapacidad ARL) debe ser superior a 20 días continuos	.ASOCIADO	<ul style="list-style-type: none"> ● Fotocopia de la incapacidad. ● Fotocopia de la cédula. 		\$ <input type="text"/>
Medicamentos y/o gastos Por accidente o Enfermedad	.ASOCIADO .BENEFICIARIO	<ul style="list-style-type: none"> ● Certificación vínculo familiar ● Copia fórmula médica ● Copia de copago por hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia de historia clínica ● Copia del soporte cancelado por medicamentos. 	\$ <input type="text"/>
Transporte por Enfermedad	.ASOCIADO .BENEFICIARIO	<ul style="list-style-type: none"> ● Certificación vínculo familiar ● Constancia de entrada(s) del Procedimiento médico a realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia historia clínica ● Soportes de pago. 	\$ <input type="text"/>
Procedimiento Odontológico No estético	.ASOCIADO .BENEFICIARIO	<ul style="list-style-type: none"> ● Certificación vínculo familiar ● Copia historia clínica ● Soportes de pago. 		\$ <input type="text"/>
Lentes (Periodicidad cada 2 años) no aplica lentes de descanso	.ASOCIADO	<ul style="list-style-type: none"> ● Fórmula médica ● Factura cancelada ● Convenio: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 	<ul style="list-style-type: none"> ● Óptica: _____ ● N° Orden de servicio: _____ 	\$ <input type="text"/>
Nacimiento	.ASOCIADO	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia del registro civil de nacimiento: _____ ● Copia de la cédula. 		\$ <input type="text"/>

Indispensable tener en cuenta para tramitar el presente auxilio

- El Asociado debe tener una antigüedad de un (1) año en el Fondo de Empleados Fondea.
- Todos los soportes deben tener un periodo inferior a 30 días.
- El formato debe ser presentado con sus debidos soportes de forma organizada y en buen estado.
- El formato debe diligenciarse de forma completa con tinta negra y letra legible.
- El Asociado puede solicitar solo un (1) auxilio por año, excepto el auxilio de lentes que su periodicidad es cada dos (2) años. Se tiene en cuenta calendario 01 de enero a 31 de diciembre del año solicitado.
- Los auxilios son aprobados por el comité de bienestar social, sujetos a su respectivo reglamento.
- Los auxilios se deben pasar del 01 al 20 de cada mes - el comité de Bienestar se reúne (1) una sola vez al mes.
- Sujeto a disponibilidad de los recursos del Fondo de Bienestar Social.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Número de acta <input type="text"/>
Firma de asociado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
C.C. <input type="text"/>	Firma 1 comité Bienestar Social	Firma 2 comité Bienestar Social	