

RADICACIÓN N°:



FECHA DE SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO

SOLICITUD DE AUXILIO MUTUAL DEL FONDO "UNIÓN SOLIDARIA" Y/O DEMÁS DERECHOS ECONÓMICOS

CALIDAD EN QUE ACTÚA:		1. CALIDAD EN LA QUE ACTÚA			
ASOCIADO <input type="checkbox"/>		CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) SOBREVIVIENTE <input type="checkbox"/>		HEREDERO O BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	
		2. DATOS PERSONALES			
NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E.		NÚMERO:		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:	
TELÉFONO RESIDENCIA:		TELÉFONO CELULAR:		TELÉFONO OFICINA Y EXT:	
CORREO ELECTRÓNICO:					
EMPRESA DONDE LABORA:		DEPENDENCIA:		CARGO:	
				SUELDO BÁSICO:	
3. MOTIVO DE LA SOLICITUD					
FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		Adjuntar: copia auténtica del certificado de defunción, fotocopia autenticada del documento de identificación de los beneficiarios. Presentar este formato de solicitud ante notario público. (Diligencie numeral 4)			
INVALIDEZ <input type="checkbox"/>		Adjuntar: copia autenticada del dictamen de invalidez o la notificación donde se exprese la calificación de pérdida de capacidad laboral.			
INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE <input type="checkbox"/>		Adjuntar: copia autenticada del dictamen de incapacidad parcial permanente o la notificación donde se exprese la calificación de pérdida de capacidad laboral.			
CALAMIDAD DOMÉSTICA EN SALUD <input type="checkbox"/>		Adjuntar: documento detallado con la situación de calamidad en salud (grupo familiar básico, edades, estado civil, ingresos familiares, personas a cargo y anexar recibos de soporte de gastos de la calamidad por salud).			
INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/>		Adjuntar: comprobante de pago de nómina en el que se reflejen los días de incapacidad. Este auxilio se reconocerá solo una vez al año, por incapacidades mayores a (9) días continuos y hasta máximo (90) días. Todas las solicitudes deben realizarse dentro del año calendario en el que se presente la incapacidad, exceptuando las incapacidades correspondientes al mes de diciembre, las cuales deberán solicitarse en enero del año subsiguiente.			
HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>		Adjuntar: Registro civil de nacimiento del hijo y certificado de discapacidad según la resolución 113 de 2020 del Ministerio de Salud. (Diligencie numeral 5).			
4. AUXILIO DE FALLECIMIENTO					
NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTADO:				DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
NOMBRE COMPLETO DEL EX ASOCIADO FALLECIDO:				DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
*JURAMENTO: BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO MANIFIESTO QUE DESCONOZCO LA EXISTENCIA DE OTRA(S) PERSONA(S) CON IGUAL O MEJOR DERECHO.					
5. AUXILIO HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD					
5. 1. INFORMACIÓN DEL HIJO					
NOMBRES:		PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C.		NÚMERO:		FECHA DE NACIMIENTO:	
				DD MM AAAA	
DIAGNÓSTICO (NOMBRE DE LA ENFERMEDAD)		TIPO DE DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> MENTAL / EMOCIONAL <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE			
TIPO DE ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA SU HIJO:					
<input type="checkbox"/> EDUCATIVAS <input type="checkbox"/> ESTIMULACIÓN FÍSICA Y/O MENTAL <input type="checkbox"/> LABORES <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN <input type="checkbox"/> OTRAS, ¿CUÁLES? _____					
¿SU HIJO ASISTE A ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿SU HIJO REQUIERE DE CUIDADOR PERMANENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿RECIBE ASISTENCIA ECONÓMICA O EN ESPECIE DEL ESTADO O DE ENTIDADES PRIVADAS? SÍ NO					
5. 2. DATOS CONFIRMACIÓN DE LA FAMILIA					
¿CON QUIÉN VIVE SU HIJO? <input type="checkbox"/> AMBOS PADRES <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> HERMANOS <input type="checkbox"/> ABUELOS <input type="checkbox"/> OTROS ¿QUIÉN? _____					
¿CONVIVE CON SU HIJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿SU HIJO DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE USTED? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		SI NO DEPENDE DE USTED, ¿DE QUIÉN DEPENDE? _____	
DECLARO BAJO JURAMENTO LA SUPERVIVENCIA DE MI HIJO AL MOMENTO DE LA SOLICITUD DEL PRESENTE AUXILIO. <input type="checkbox"/> SÍ					

NOTA: Para solicitar los Auxilios Mutuales: fallecimiento, invalidez, incapacidad o calamidad doméstica, el plazo máximo correspondiente es de noventa (90) días hábiles a partir del suceso. En caso de incapacidad por enfermedad general, el plazo correrá desde la fecha de la liquidación en nómina. Después de este plazo, prescribe cualquier derecho a solicitar auxilio.

El auxilio de hijos en condición de discapacidad se reconocerá por hijo y se podrá solicitar de forma anual, previo el cumplimiento de los requisitos, el cual no será acumulable en caso de no reclamación.

Protección de datos. En mi calidad de titular de la información, autorizo a Fecolsa para que mis datos personales y/o sensibles suministrados sean almacenados, recolectados, actualizados e incorporados en sus archivos o bases de datos, para el desarrollo de su objeto social y de la relación solidaria y contractual que nos vincula, de acuerdo con las finalidades establecidas en el Manual interno de políticas y procedimientos de protección de datos personales de Fecolsa, el cual declaro conocer.

OBSERVACIONES:

FIRMA SOLICITANTE: _____

C.C _____