



Fondo de empleados alpopular

SOLICITUD AUXILIO DE BIENESTAR

Fecha de Diligenciamiento: DD MM AAAA

- Calamidad Doméstica, Auxilio Funerario, Incapacidad Médica

DATOS DEL SOLICITANTE: Apellido(s), Nombre(s), Cédula, Dirección residencia, Ciudad, Teléfono Fijo, Celular, Empresa, Sucursal, Área o Proyecto, Teléfono, Correo electrónico, Celular

MOTIVO SOLICITUD: [Empty text area]

CONDICIONES GENERALES Y AUTORIZACIONES DOCUMENTOS APORTADOS:

- 1. LA PRESENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD NO IMPLICA COMPROMISO ALGUNO PARA FEMPAL.
2. CUALQUIER FALSEDAD DETECTADA EN LA DOCUMENTACIÓN ADJUNTA, CANCELA AUTOMATICAMENTE EL TRÁMITE DE LA PRESENTE SOLICITUD Y CONSTITUYE FALTA GRAVE DE ACUERDO AL ESTATUTO Y AL MANUAL DE BUEN GOBIERNO, ETICA Y CONDUCTA.
3. LA SOLICITUD DEL AUXILIO DEBE HACERSE DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIO DE LA FECHA EN QUE SUCEDAN LOS HECHOS.
4. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERÍDICA Y AUTORIZO A FEMPAL PARA QUE LA VERIFIQUE.

- AUXILIO FUNERARIO. Es un auxilio que se otorga por la muerte del asociado o de algún miembro de su grupo familiar.
Fotocopia Registro de Defunción
Fotocopia Soporte Consanguinidad
Por daño parcial o total del inmueble de habitación propiedad del Asociado:
Certificado de tradición actualizado del inmueble (vigencia máxima un mes).
Comprobantes o recibos de pago o factura originales, con sello de cancelado o el timbre de la máquina registradora.
Registros Fotográficos.
Para auxilios por salud, en situaciones inesperadas:
Comprobantes o recibos de pago o factura con sello de cancelado o el timbre de la máquina registradora.
Soporte otros pagos
Otros soportes:

FIRMA DEL ASOCIADO, HUELLA

ESPACIO RESERVADO PARA EL COMITÉ DE SOLIDARIDAD

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Fecha (DD MM AAAA), Lugar, Nombre y Firma

CONCEPTO: APROBADO, NEGADO, APLAZADO, VALOR, OBSERVACIONES

FIRMA MIEMBRO COMITÉ DE SOLIDARIDAD, Nombre:

FIRMA MIEMBRO COMITÉ DE SOLIDARIDAD, Nombre:

FIRMA MIEMBRO COMITÉ DE SOLIDARIDAD, Nombre: