



FONDO DE EMPLEADOS DE SALUD EN RISARALDA FESER

SOLICITUD DE AUXILIOS N°

Fecha: _____
Nombre Asociado: _____
Cédula: _____
Teléfono: _____
Entidad: _____
Clase de Auxilio: _____
Número y tipo de cuenta: _____
Banco: _____

Los auxilios que otorgara el comité de Solidaridad son los siguientes:

1. AUXILIO POR CALAMIDAD DOMÉSTICA: Cubre al Asociado y a su núcleo familiar básico en caso de eventos graves como incendio, terremoto, inundación, vendaval, vandalismo, entre otros, que afecten significativamente sus ingresos y su nivel mínimo de bienestar. El auxilio se otorgará siempre y cuando el Asociado y su familia no tengan la capacidad de afrontar estas situaciones y carezcan de seguros u otras protecciones que los cubran.

Requisitos:

Ser asociado hábil, llevar vinculado al Fondo de Empleados mínimo un (1) año consecutivo de antigüedad.

El Asociado deberá presentar los formatos de solicitud de auxilio por calamidad doméstica, acompañados de los soportes requeridos que evidencien los hechos (como informes de visitas de control físico, bomberos locales u otras autoridades competentes). El auxilio se reconocerá sobre el inmueble si el Asociado es propietario y sobre muebles y enseres si es arrendatario. Anexar certificado bancario.

2. AUXILIO POR PENSIÓN POR VEJEZ O INVALIDEZ: Cubre al Asociado que haya adquirido este derecho por su tiempo laboral o incapacidad permanente.

Requisitos:

Ser asociado hábil en el momento de ser pensionado y tener mínimo cinco (5) años consecutivos de antigüedad con el Fondo de Empleados.

El asociado deberá acompañar a los formatos solicitud de auxilio pensión por vejez o invalidez, la resolución de la entidad que le concedió la pensión por tiempo laborado. Una vez notificada la resolución al asociado, deberá presentarla en el Fondo de Empleados, a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de su notificación. Anexar certificado bancario.

3. AUXILIO ODONTOLÓGICO: Únicamente para el asociado, para sufragar gastos de tratamientos odontológicos, que no sean cubiertos por el POS, previa certificación de la entidad competente.

Requisitos:

Ser asociado hábil, llevar vinculado al Fondo de Empleados mínimo un (1) año consecutivo de antigüedad.

El asociado deberá acompañar a los formatos solicitud de auxilio odontológico, el certificado emitido por el

odontólogo tratante que confirme que el tratamiento no es de índole estética. Además, de copia legible de las facturas con los requisitos exigidos por la ley, factura electrónica o documento equivalente y RUT, que soporten la cancelación de los gastos en que se haya incurrido. Anexar certificado bancario.

Nota: La factura por cancelación de los tratamientos deberá presentarse al Fondo de Empleados a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes. **Vencido este término se perderá el derecho al auxilio.**

4. AUXILIO OFTALMOLOGICO: Únicamente para el asociado, para sufragar gastos por prescripción de uso de lentes, de acuerdo con el grado del problema visual.

Requisitos:

Ser asociado hábil, llevar vinculado al Fondo de Empleados mínimo un (1) año consecutivo de antigüedad.

El asociado deberá acompañar a los formatos solicitud de auxilio oftalmológico, la formula del médico tratante. Además, de las facturas originales con los requisitos exigidos por la ley, que soporten la cancelación de los gastos en que se haya incurrido. Anexar certificado bancario.

Nota: La factura por cancelación de los tratamientos deberá presentarse al Fondo de Empleados a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes. **Vencido este término se perderá el derecho al auxilio.**

Firma Asociado
Cedula:

PARA USO EXCLUSIVO DE FESER

Asesor: _____

Requisitos:	Soportes Completos	<input type="text"/>	Meses
	Tiempo de vinculación	<input type="text"/>	
	Curso de economía	<input type="text"/>	
	Al día en los pagos	<input type="text"/>	

Aprobado: Si No Valor aprobado

Letras: _____

Acta No. _____ Fecha _____

Observaciones:

Nombre Funcionario que recibe:

Nombre Funcionario que revisa:

Firma:

Firma: