

Fecha     
DD MM AAAA

**FONDO DE SOLIDARIDAD**  
 FEBOR ENTIDAD COOPERATIVA  
 NIT:860.007.647-7



Información personal del Asociado			
Primer apellido		Segundo apellido	Nombres
Documento de identidad <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E.		E Expedida en:	Fecha de nacimiento
Fecha de Ingreso a Febor		Estado Civil	
Estado laboral		Fondo de pensiones	
Vivienda		Estrato	
Dirección residencia		Barrio	Ciudad
Dirección empresa		Teléfono	Ext
Correo electrónico		Celular	Envío de correspondencia
Recibir información a través de:			
<p><b>NOTA: 1:</b> Los auxilios sólo se podrán solicitar en el periodo presupuestal vigente. 2: El asociado o su grupo familiar primario solo podrá solicitar un auxilio por cada grupo. 3. Revisar términos, condiciones y documentos necesarios para solicitar los auxilios en <a href="http://www.febor.coop">http://www.febor.coop</a>. 4. El auxilio solo se puede solicitar con factura o documento equivalente, en formato legal y no superior a 60 días. 5. Resolución No. 065 del 18 de diciembre de 2019. <b>NOTA: 2:</b> El valor será consignado a la cuenta de ahorros voluntarios</p>			

Auxilios de salud – Información de beneficiario			
El asociado podrá solicitar en el año calendario uno y sólo uno de los auxilios de bienestar que se indican a continuación, ya sea para él o su grupo familiar primario.			
<input type="radio"/> Vacunas <input type="radio"/> Enfermedad permanente, grave o catastrófica. <input type="radio"/> Natalidad <input type="radio"/> Hospitalización			
Primer apellido		Segundo apellido	Nombres
Documento de identidad		Fecha de nacimiento	Sexo
Parentesco			
Documentos para auxilio de salud			
<input type="checkbox"/> Certificado de hospitalización o copia de la historia clínica donde se evidencie las fechas de ingreso y salida. (para el caso que aplique).		<input type="checkbox"/> Factura de pago original o documento equivalente que contenga el costo, del pago parcial o total realizado, que no supere 60 días desde el pago.	
<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento vivo o registro civil de nacimiento		<input type="checkbox"/> Fotocopia del esquema de vacunación (para el caso que aplique).	

<input type="checkbox"/> Certificado del diagnóstico, copia de la historia clínica o documento válido donde se evidencie la enfermedad. (para el caso que aplique).	<input type="checkbox"/> Documento que acredite el parentesco entre el asociado y el beneficiario.
	<input type="checkbox"/> Solicitud escrita dirigida al Comité dentro del plazo establecido en este Reglamento. (para cualquier tipo de auxilio).

### Auxilios de bienestar – Información de beneficiario

El asociado podrá solicitar en el año calendario uno y sólo uno de los auxilios de bienestar que se indican a continuación, ya sea para él o su grupo familiar primario.

Odontológico   
  Aparatos Ortopédicos   
  Lentes

<b>Primer apellido</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>Segundo apellido</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>Nombres</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Documento de identidad</b> <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NUIP <input style="width: 150px;" type="text"/>	<b>Fecha de nacimiento</b> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/>	<b>Sexo</b> <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
<b>Parentesco</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>		

### Documentos para auxilio de bienestar

<input type="checkbox"/> Documento que acredite el parentesco entre el asociado y el beneficiario.  <input type="checkbox"/> Orden o fórmula de la entidad prestadora de servicio.  <input type="checkbox"/> Descripción del tratamiento a realizar, debidamente certificado por el profesional tratante.	<input type="checkbox"/> Certificación del costo total del tratamiento cotizado por la persona natural o jurídica tratante.  <input type="checkbox"/> Factura de pago original o documento equivalente que contenga el costo, del pago parcial o total realizado, que no supere los 60 días desde el momento del pago.
---	--

### Auxilios por calamidad doméstica

El asociado podrá solicitar en el año calendario uno y sólo uno de los auxilios de bienestar que se indican a continuación, ya sea para él o su grupo familiar primario.

<b>Breve descripción</b> <input style="width: 98%;" type="text"/>			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><b>Fecha de incidente</b> (DD/MM/AAAA) <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="width: 25%;"><b>Fecha de la factura</b> (DD/MM/AAAA) <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="width: 50%;"><b>Autoridad que certifica</b>  <input type="radio"/> Cruz Roja                 <input type="radio"/> Defensa Civil                 <input type="radio"/> Personería                 <input type="radio"/> Alcaldía                 <input type="radio"/> Atención de desastres  <input type="radio"/> Comité local de emergencias                 <input type="radio"/> Bomberos                 <input type="radio"/> Otra ¿Cuál? <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> </table>	<b>Fecha de incidente</b> (DD/MM/AAAA) <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/>	<b>Fecha de la factura</b> (DD/MM/AAAA) <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/>	<b>Autoridad que certifica</b> <input type="radio"/> Cruz Roja <input type="radio"/> Defensa Civil <input type="radio"/> Personería <input type="radio"/> Alcaldía <input type="radio"/> Atención de desastres <input type="radio"/> Comité local de emergencias <input type="radio"/> Bomberos <input type="radio"/> Otra ¿Cuál? <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>Fecha de incidente</b> (DD/MM/AAAA) <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/>	<b>Fecha de la factura</b> (DD/MM/AAAA) <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/>	<b>Autoridad que certifica</b> <input type="radio"/> Cruz Roja <input type="radio"/> Defensa Civil <input type="radio"/> Personería <input type="radio"/> Alcaldía <input type="radio"/> Atención de desastres <input type="radio"/> Comité local de emergencias <input type="radio"/> Bomberos <input type="radio"/> Otra ¿Cuál? <input style="width: 100px;" type="text"/>	

### Documentos auxilio de calamidad

Certificación de autoridad competente (Cruz Roja, Defensa Civil, Personería, Alcaldía, Comité local de emergencias y/o atención de desastres, Bomberos, entre otros, que acrediten la calamidad).  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prueba sumaria del hecho, para acreditar la calamidad doméstica y/o pérdida de bienes mueble  <input type="checkbox"/> Certificado de registro de instrumentos públicos que lo acredite como dueño del inmueble (en caso de pérdidas de inmuebles)
---	---

*La veracidad de los documentos presentados es responsabilidad del Asociado. Los datos de carácter personal que usted facilite a través de este formato serán objeto de tratamiento por parte de Febor Entidad Cooperativa de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, por lo cual, su información será almacenada en nuestras bases de datos para las siguientes finalidades: a) Tramitar su actual solicitud, b) Envío de correos electrónicos, mensajes de texto y otros medios equivalentes. Se da cumplimiento a las políticas de tratamiento de datos según normatividad vigente.*

Solicitante

---

Firma del asociado

Funcionario que brinda asesoría

Funcionario que verifica los requerimientos

