



Ciudad:

Radicación No.

Fecha de solicitud:

dd

mm

aa

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO (Campo obligatorio)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			No. de documento
Dirección de residencia		Correo electrónico	Celular
Teléfono fijo			
Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			
Empresa	Dependencia	Cargo / Ocupación	Teléfono oficina y ext.

Para efectos de solicitud de Auxilios de Solidaridad, tener en cuenta los siguiente :

- Diligenciar completamente este formulario.
- Anexar a esta solicitud todos los soportes correspondientes según el tipo de Auxilio solicitado.
- Tener los datos actualizados con vigencia durante los últimos (12) doce meses.
- Ser Asociado hábil al momento de la ocurrencia del hecho y estar al corriente en el pago de sus obligaciones con el Fondo de Empleados.
- La solicitud del Auxilio debe efectuarse dentro de los dos (2) meses siguientes a la ocurrencia del hecho.
- Los auxilios se podrán otorgar por una sola vez cada doce (12) meses; siempre y cuando sean por el mismo motivo a excepción del Auxilio de Maternidad / Paternidad.
- El monto del auxilio se asignará de acuerdo a la antigüedad del asociado, contemplada en el reglamento de Bienestar y solidaridad.

TIPO DE AUXILIO SOLICITADO

TIPO DE AUXILIO (Seleccione uno)	DESCRIPCIÓN DEL AUXILIO	DOCUMENTOS
1. Calamidad Domestica <input type="checkbox"/> <small>(Aplica para el asociado y sus beneficiarios)</small>	Enfermedades Catastróficas <i>Aquellas patologías que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo y baja ocurrencia, tales como:</i> Trasplante/insuficiencia renal crónica, diálisis, Cirugía cardiaca, de la aorta torácica y abdominal, de la vena cava, los vasos pulmonares y renales, reemplazos articulares y/o de marcapasos, SIDA, Ciclos de quimioterapias y radioterapia para el cáncer, trasplante de corazón, hígado o médula ósea, enfermedades cardiacas que requieran atención hospitalaria por infarto agudo de miocardio.	Fotocopia de C.C. <input type="checkbox"/> Comprobantes / facturas legales / soportes de pago/ cirugía / implementos ortopédicos etc) <input type="checkbox"/> Historia Clínica / epicrisis expedida por la IPS /EPS <input type="checkbox"/> Denuncias, certificados por autoridad correspondiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____
3. Auxilios por Hospitalización <input type="checkbox"/>	Gastos médicos y hospitalarios por hospitalización intrahospitalaria del asociado.	Historia Clínica / epicrisis expedida por la IPS /EPS <input type="checkbox"/> Fecha de Ingreso: <u>dd / mm / aa</u> Fecha de Egreso: <u>dd / mm / aa</u> Total días de hospitalización: _____ <small>El tiempo de hospitalización corresponde a un periodo superior a las 24 horas; y el cual debe acreditarse como hospitalización en el soporte correspondiente.</small>
4. Auxilio de Maternidad / Paternidad <input type="checkbox"/>	Por nacimiento de hijo(s) del Asociado	Registro civil de nacimiento <input type="checkbox"/> Certificado de nacido vivo <input type="checkbox"/>

FORMA DE PAGO (Si el Auxilio es favorable, se realizará el giro a nombre del Asociado titular)

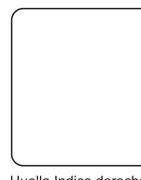
Datos de la cuenta:

Banco	Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Número de cuenta
Billetera virtual (No. de Celular)	Nequi <input type="checkbox"/> Daviplata <input type="checkbox"/> Transfiya <input type="checkbox"/> Dale <input type="checkbox"/> Movilred <input type="checkbox"/> Tpagó <input type="checkbox"/>	

Si el Asociado solicita que el giro del auxilio se realice a una cuenta diferente a la suya; debe diligenciar el Formato de Autorización de pagos a terceros.

FIRMA Y HUELLA

Firma del Asociado
C.C.:



APROBACIÓN DEL AUXILIO (Espacio exclusivo para uso de Bive)

Datos de recepción de la solicitud	Fecha de solicitud dd mm aa	Hora	Estado de la solicitud Aceptada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/> Aplazada <input type="checkbox"/>
	Fecha verificación de la información dd mm aa		Total valor aprobado \$ _____
Nombre Funcionario responsable de la validación de la información		Nombre / Firma y sello funcionario que autoriza	