

SOLICITUD AUXILIO DE SOLIDARIDAD

GBN-FR-001 - VERSIÓN 4 - ENERO 2025



Fondo de Empleados de la Organización Brinks
NIT: 800.084.500-3

Ciudad:

Radicación No.

Fecha de solicitud:

dd

mm

aa

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO (Campo obligatorio)

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

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

1. Diligenciar completamente este formulario.
2. Anexar a esta solicitud todos los soportes correspondientes según el tipo de Auxilio solicitado.
3. Tener los datos actualizados con vigencia durante los últimos (12) doce meses.
4. 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.
5. La solicitud del Auxilio debe efectuarse dentro de los dos (2) meses siguientes a la ocurrencia del hecho.
6. 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.
7. 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 (Selecione uno)	DESCRIPCIÓN DEL AUXILIO	DOCUMENTOS
1. Calamidad Domestica☐ (Aplica para el asociado y sus beneficiarios)	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 cardíaca, 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 cardíacas que requieran atención hospitalaria por infarto agudo de miocardio.	Fotocopia de C.C. ☐ Comprobantes / facturas legales / soportes de pago/ cirugía / implementos ortopédicos etc) ☐ Historia Clínica / epicrisis expedida por la IPS /EPS ☐ Denuncias, certificados por autoridad correspondiente ☐ Otro ☐ _____
3. Auxilios por Hospitalización☐	Gastos médicos y hospitalarios por hospitalización intrahospitalaria del asociado.	Historia Clínica / epicrisis expedida por la IPS /EPS ☐ Fecha de Ingreso: dd / mm / aa Fecha de Egreso: dd / mm / aa El tiempo de hospitalización corresponde a un periodo superior a las 24 horas; y el cual debe acreditarse como hospitalización en el soporte correspondiente. Total días de hospitalización: _____
4. Auxilio de Maternidad / Paternidad☐	Por nacimiento de hijo(s) del Asociado	Registro civil de nacimiento ☐ Certificado de nacido vivo ☐

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 ☐ Corriente ☐	Número de cuenta
Billetera virtual (No. de Celular)	Nequi ☐ Daviplata ☐ Transfiya ☐ Dale ☐ Movilred ☐ Tpagos ☐	

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.:

Huella Índice derecho

APROBACIÓN DEL AUXILIO (Espacio exclusivo para uso de Bive)

Datos de recepción de la solicitud	Fecha de solicitud		Hora	Estado de la solicitud Aceptada ☐ Rechazada ☐ Aplazada ☐
	dd	mm		
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