

FECHA DE SOLICITUD: _____

FUNCIONARIA QUE RECIBE: _____

FECHA DE RECIBIDO: _____

De conformidad con el reglamento del **FONDO DE BIENESTAR**, solicito a ustedes tramitar el siguiente auxilio:

TIPO DE AUXILIO	BENEFICIARIO (S)
FALLECIMIENTO ☐	ASOCIADO ☐
VIVIENDA ☐	HIJO (A) ☐
NACIMIENTO ☐	CONYUGUE ☐
CALAMIDAD ☐	MADRE O PADRE ☐

DESCRIPCIÓN BREVE:

DOCUMENTOS SOPORTES:

1. **FALLECIMIENTO:** Fotocopia del Registro civil de nacimiento del asociado solicitante, fotocopia cédula del fallecido y copia original del registro civil de defunción. (Tiempo para legalización: 180 días)
2. **NACIMIENTO:** Fotocopia del Registro civil del menor y fotocopia de cédula asociado solicitante. (Tiempo para legalización: 180 días)
3. **VIVENDA:** Copia del certificado de tradición vigente y copia de escrituras del inmueble adquirido. (Tiempo para legalización: 180 días)
4. **LEASING HABITACIONAL:** Copia del certificado de tradición vigente, copia de escrituras públicas de compra y venta, y soporte del pago del 30% del valor del inmueble. (Tiempo para legalización: 180 días)
5. **CALAMIDAD:** Según categoría (Ver Reglamento), historia clínica, facturas de medicamentos y copagos, cotizaciones, fotografías. (Tiempo para legalización: 30 días)

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ DOCUMENTO: _____

EMPRESA: _____ CIUDAD: _____ SEDE: _____

DIRECCION: _____ CELULAR: _____ EMAIL: _____

Número de Cuenta: _____ Entidad: _____

Cuenta de Ahorros ☐Cuenta Corriente ☐

Firma del asociado _____

COMITÉ DE BIENESTARFecha de Afiliación del solicitante: _____ **Hábil:** SI ☐ NO ☐ **Estado:** Aprobado ☐ Negado ☐ Aplazado ☐

Monto aprobado \$ _____ Categoría: _____

OBSERVACIONES: __________
VoBo Gerencia_____
VoBo Dpto. Jurídico_____
Firma N° 1_____
Firma N°2_____
Firma N°3

AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, autorizo expresamente, como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, para que sean tratados con la finalidad de llevar estadísticas sobre los servicios sociales ofrecidos a nuestros asociados y su grupo familiar.

De igual modo, como Titular, quedo informado de que, por tratarse de datos de carácter sensible, no estoy obligado a autorizar dicho tratamiento; además, puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS a la dirección de correo electrónico gerencia@fonprocaps.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CALLE 80 N° 78B-19.

FIRMA ASOCIADO
CC.

AUTORIZACIÓN EXPRESA UTILIZACION DE IMÁGENES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, al Decreto 1377 de 2013, y a las demás normas concordantes, autorizo como titular de mis datos biométricos y en particular de mi imagen, para que las imágenes hechas dentro de FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, bien en fiestas internas, cumpleaños, actividades puntuales o bien fuera de la institución, como excursiones, cursos, capacitaciones o cualquier otra actividad externa, sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, y puedan ser utilizados en sus publicaciones con la finalidad de dar a conocer las actividades que el fondo realiza a través de la unidad de servicio FONSOCIAL.

De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, mediante correo electrónico a gerencia@fonprocaps.com, indicando, en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección: CALLE 80 N° 78B – 19

FIRMA ASOCIADO
CC.