FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA FOLIMP
NIT 900.183.838 -4

FORMULARIO SOLICITUD DE AUXILIOS

Formato 03e – V1

Fecha de Solicitud:

1. DATOS DEL ASOCIADO

No. Identificación	Apellidos	Nombres

Dirección:	**Empresa:**

Ciudad:	**Teléfono:**	**Celular:**

E-mail:

2. DESCRIPCION DEL AUXILIO

- Óptico ☐
- Calamidad ☐
- Odontológico ☐
- Maternidad / Paternidad ☐
- Escrituración ☐

Se realiza entrega de los documentos que soportan esta solicitud:

- ☐ Factura cancelada.
- ☐ Formula, valoración médica o soportes según reglamento.
- ☐ Registro Nacido Vivo.
- ☐ Liquidación Gastos de Escrituración (emitida por notaria).
- ☐ Cedula Asociado.
- ☐ ¿Otro Cual? _____

3. CLAUSULAS Y DECLARACIONES

Este auxilio está sujeto a estudio y aprobación por el Comité de Bienestar Social, en cumplimiento al reglamento de solidaridad de **FOLIMP**, solo se realiza transferencia a la cuenta de nómina después de aprobación.

De ser aprobado el presente auxilio y si se presenta renuncia voluntaria del Fondo de Empleados o desvinculación voluntaria de la empresa patronal por la cual se encuentra laborando el asociado beneficiado, se aplicará el respectivo reintegro del valor proporcional a la fracción de los meses faltantes de acuerdo al termino establecido en el reglamento de solidaridad de **FOLIMP**, contados desde la fecha de desembolso del presente auxilio hasta el día de la presentación del formato de retiro de **FOLIMP** o del paz y salvo de nómina de la empresa patronal, valor que será descontado de su liquidación final y/o de sus aportes y ahorros según sea el caso.

Al firmar este documento, autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca al **FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA – FOLIMP**, para que mis datos personales puedan ser almacenados y usados con el fin de lograr una eficiente comunicación y autorizo en los mismos términos que dicha información pueda ser tratada conforme a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios. Así mismo, he sido informado sobre la política para la protección de datos personales del **FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA – FOLIMP**. La información obtenida para el tratamiento de los datos personales se ha suministrado de forma voluntaria y verídica. Para cualquier información e inquietud podrá dirigir su solicitud al correo electrónico ferazo@ciudadlimpia.com.co.

Declaro que los recursos que obtenga de esta solicitud, no tendrán ninguna destinación para alguna Actividad Ilícita, Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo, en cumplimiento a la circular externa 006 de marzo de 2014.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documentó.

_____

FIRMA Y C.C

4. ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE FOLIMP

Quien Recibe		**Fecha Recibido**	Día	Mes	Año

Fecha Ingreso Asociado			Fecha Actualización Datos			Valor aprobado
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	$.

Observaciones:	**Aprobada: Si** ☐ **No** ☐
	Firma Autorizada
	Fecha Aprobación Día Mes Año