

SOLICITUD DE AUXILIO SOLIDARIO

Señores
COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL FEMM

NOMBRE COMPLETO			
No. CÉDULA		TELÉFONO PERSONAL	
OFICINA / PDA		CARGO	
ANTIGÜEDAD FEMM	DÍA	MES	AÑO
	CUENTA BANCARIA		BANCO

De acuerdo al reglamento de Solidaridad, se harán entrega de auxilios solidarios, a los asociados hábiles, que estén al día con sus obligaciones y lleven vinculado mínimo 6 meses en el Fondo de Empleados, éstos se reconocen por una única vez en la vigencia del año fiscal en curso 2026, según la siguiente tabla

SMMLV	\$	1,750,905.00	AUXILIOS SOLIDARIOS - 2026
SMDLV	\$	58,363.50	
ITEM	AUXILIO SOLIDARIO		REQUISITOS
<input type="checkbox"/>	AUXILIO POR FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO.		* Carta de solicitud del auxilio por el beneficiario que acredite el derecho. * Documento de comprobación de parentesco. - Padres/Hijos (Registro civil de nacimiento del asociado) - Unión libre (Declaración juramentada ante notario del tipo de relación) - Casado (Registro civil de matrimonio). * Acta de defunción.
<input type="checkbox"/>	AUXILIO POR FALLECIMIENTO DE BENEFICIARIOS.		* Formato de solicitud del Auxilio Solidario. * Documento de comprobación de parentesco. - Padres/Hijos (Registro civil de nacimiento del beneficiario) - Unión libre (Declaración juramentada ante notario del tipo de relación) - Casado (Registro civil de matrimonio). * Acta de defunción. NOTA: - Los beneficiarios deben corresponder a los registrados en el formato de vinculación / Actualización.
<input type="checkbox"/>	AUXILIO POR INCAPACIDAD DEL ASOCIADO.		* Formato de solicitud del Auxilio Solidario. * Incapacidad emitida por la EPS. * Epicrisis (Resumen de la historia clínica).
<input type="checkbox"/>	AUXILIO POR ENFERMEDAD CATASTRÓFICA DEL ASOCIADO		* Formato de solicitud del Auxilio Solidario. * Epicrisis (Resumen de la historia clínica con diagnóstico de la enfermedad catastrófica del asociado (cáncer, sida, afecciones cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes). NOTA: No aplican diagnósticos sobre enfermedades catastróficas preexistentes.
<input type="checkbox"/>	AUXILIO POR ENFERMEDAD CATASTRÓFICA DE BENEFICIARIOS		* Formato de solicitud del Auxilio Solidario. * Epicrisis (Resumen de la historia clínica con diagnóstico de la enfermedad catastrófica del beneficiario inscrito por el asociado en el momento de la vinculación y/o actualización, (cáncer, sida, afecciones cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes). * Documento de comprobación de parentesco. - Padres/Hijos (Registro civil de nacimiento) - Unión libre (Declaración juramentada ante notario del tipo de relación). - Casado (Registro civil de matrimonio). NOTA: - Los beneficiarios deben corresponder a los registrados en el formato de vinculación / Actualización. - No aplican diagnósticos sobre enfermedades catastróficas preexistentes.
<input type="checkbox"/>	AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD.		* Formato de solicitud del Auxilio Solidario. * Registro civil de nacimiento y/o Certificado de nacido vivo.
<input type="checkbox"/>	AUXILIO PARA MONTURAS Y/O LENTES		* Formato de solicitud del Auxilio Solidario. * Copia de la Autorización de Talento Humano (Sólo Funcionarios BMM). * Fórmula médica. * Factura de pago.
<input type="checkbox"/>	AUXILIO ESCOLARIDAD HIJOS		* Formato de solicitud del Auxilio Solidario. * Copia de Certificado Escolar vigente (Menores entre los 5 y 12 años). * Asociados con ingresos hasta 1.5 SMMLV * Registo Civil de Nacimiento. * Carta Laboral y/o último desprendible de nómina del Asociado.
NOTA: El asociado sólo podrá hacer uso de uno de los auxilios solidarios, por una única vez durante la vigencia fiscal del año 2026.			

Esta solicitud está basada de acuerdo a las disposiciones en los estatutos, reglamentos y acuerdos que regulan la entrega de auxilios por calamidad o auxilios solidarios a los Asociados al Fondo de Empleados Mundo Mujer- FEMM, de las cuales tengo pleno conocimiento.

Declaro que los documentos presentados corresponden a la copia de los documentos originales emitidos por las entidades adscritas bajo los lineamientos del sector de la salud.

Para constancia firmo en _____ a los (____) días del mes de _____ del año **DOS MIL VEINTISÉIS (2026)**.

Atentamente,

FIRMA ASOCIADO
C.C. N°.

APROBACIÓN GERENCIA FEMM