

INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha de Solicitud de auxilio: <input type="text"/>		
Nombre del asociado: <input type="text"/>		Cédula: <input type="text"/>
Oficina: <input type="text"/>	Cargo: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>
Dirección de residencia: <input type="text"/>		Teléfono fijo: <input type="text"/>

NINGUNA
opción debe
quedar en
blanco

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN Y AYUDA QUE REQUIERE

(adjuntar documentación que considere necesaria para detallar la situación)

Motivo por el cual solicita el auxilio

Se me notifica el derecho que me asiste para la protección de los datos personales que he suministrado en este formato y los adicionales que se recolectan en atención a esta solicitud, por lo tanto autorizo a Femfuturo, para conservar por el tiempo que considere necesario los soportes de historia clínica que voluntariamente he suministrado, las formulas médicas, copias de documentos de identidad mío y de mi grupo familiar, también autorizo compartir esta información con la empresa con la cual me encuentro vinculada, con la fundación del Grupo Réditos, y con otras entidades que se requieran para la atención integral del auxilio que he solicitado. Se me informa que una vez finalizada la atención se destruyen los soportes que he suministrado.

También se me informa que puedo realizar la consulta de la política de protección de datos y el reglamento de Fondos de Bienestar, en la página: www.femfuturo.com.co

Firma del asociado: **Recuerde FIRMAR** Firma y fecha de radicado:

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FEMFUTURO

Antigüedad de asociado	Auxilios otorgados:		
Aprobado	SI:	NO:	JUSTIFICACIÓN (si se requiere, indique por qué debe negarse o aceptarse el Auxilio)

INFORMACIÓN DEL AUXILIO A OTORGAR

Adecuación de vivienda	Calamidad doméstica	Copago	Lentes
Remodelación vivienda	Por incapacidad permanente	Medicamentos	Odontológico
Gastos notariales	Canasta familiar	Vacunación	Posgrados
Mejora de vivienda	Transporte	Nacimiento	Educación
Compra de enseres	Implementos de aseo	Asesoría	Pin Educativo

Firma y fecha de gestión:		Línea del auxilio:	
Monto del auxilio: \$		Firma y fecha de aprobación:	
Firma de registro en OPA:			
DATOS PARA CONSIGNACIÓN:		Ahorro voluntario:	Cuenta bancaria:
Proveedor:		Id Proveedor:	
Banco:	Tipo De Cuenta:	N° Cuenta:	
Titular:	ID Titular:	Valor \$:	