



FORMULARIO SOLICITUD AUXILIO - INCAPACIDAD LABORAL

Fecha de Diligenciamiento

DD MM AAAAA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo identificado(a) con No. de

Nombres y Apellidos solicitante

Tipo de documento

Número documento

Ciudad expedición

me permito solicitar el trámite de: AUXILIO - BONO DE FIDELIDAD en mi calidad de asociado de FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS.

DOCUMENTOS RADICADOS / REQUISITOS

- Fotocopia simple del documento de identidad del asociado, ampliada al 150%.
- Fotocopia de la incapacidad expedida por la EPS.
- Fotocopia del desprendible de pago de nómina donde se verifique el descuento de la incapacidad, de la Resolución o del acto administrativo mediante la cual se otorgue la misma.
- Radicar la solicitud dentro de los ciento veinte (120) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho.
- Tener un (1) año de antigüedad como asociado.
- Encontrarse al día en el pago de todas sus obligaciones adquiridas con FEMPHA.

FORMA DE DESEMBOLSO

- Transferencia directa a mi cuenta de Ahorros Corriente No. del banco
- Cheque de Gerencia del Banco de Bogotá a mi nombre.

DECLARACIONES

Actuando en calidad de solicitante de los beneficios económicos a que tengo derecho como asociado, manifiesto bajo la gravedad de juramento ante FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS:

Que exoneró a FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

Que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, al igual que el contenido de la documentación adjunta.

Que se informará inmediatamente cualquier circunstancia que modifique las presentes declaraciones.

Que la presente prestará mérito ejecutivo a requerimientos judiciales.

Que para efecto de las notificaciones necesarias, mi información de contacto es:

Dirección Ciudad Departamento / Municipio

Barrio Envío de Correspondencia SI NO Teléfono móvil Fijo

Electrónico

FIRMA Y HUELLA

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 DOCUMENTO

FIRMA

HUELLA

Para uso exclusivo de FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS

Recibido (sujeto a revisión)

DD MM AAAAA

Hora

HH MM

Recibido por

Lugar

Nombre

Cargo

Observaciones

Firma