|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE BENEFICIO ECONÓMICO** | Código: FA1810-2Versión: 2Fecha: Enero 2022 |

|  |
| --- |
| **FECHA DE SOLICITUD** |
| **Año** | **Mes** | **Día** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **INFORMACIÓN PERSONAL** |
| Número de identificación: Pulse aquí para escribir texto.  Escriba todos los números  |
| Tipo: [ ]  C.C. [ ]  T.I. [ ]  Cédula Extranjería  | Expedida en: Pulse aquí para escribir texto. |
| Apellido 1: Pulse aquí para escribir. | Apellido 2: Pulse aquí para escribir. |
| Nombres: Pulse aquí para escribir texto.  |
| Cargo: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Nombre del(la) jefe(a) Inmediato(a): Pulse aquí para escribir texto.  |
| Nacional/ Campus: Pulse aquí para escribir texto.  |
|  [ ]  Auxilio de maternidad y paternidad [ ]  Auxilio exequialTipo de beneficios: [ ]  Auxilio para lentes y monturas [ ]  Auxilio para matrimonio [ ]  Auxilio de solidaridad para eventos adversos |
| A continuación, encontrará los documentos necesarios para darle trámite al beneficio solicitado |
| **AUXILIO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD** |
| **(Información del recién nacido)** |
| Apellido 1 |  | Apellido 2 |  |
| Nombres |  |
| N° del registro civil |  | Fecha de nacimiento (AA-MM-DD) |  |
| **Nota:** Recuerde anexar al formato, la copia del registro civil de nacimiento del menor, quién no debe tener más de 30 días de nacido. |

|  |
| --- |
| **AUXILIO EXEQUIAL** |
| **(Información de la persona fallecida)** |
| Apellido 1 |  | Apellido 2 |  |
| Nombres |  | Parentesco |  |
| N° de identificación |  | Fecha de nacimiento (AA-MM-DD) |  |
| **Nota:** Recuerde anexar al formato, el registro civil donde acredite el parentesco con el fallecido, el acta de defunción con no más de 10 días hábiles después de ocurrido el hecho.En caso del fallecimiento de varias personas el auxilio se concede por cada uno. |

|  |
| --- |
| **AUXILIO PARA LENTES Y MONTURAS** |
| **(Información de la fórmula médica y factura de compra)** |
| Proveedor del servicio (Óptica) |  |
| Fecha de emisión de la fórmula (AA-MM-DD) |  |
| Valor de la factura |  |
| **Nota:** Recuerde anexar al formato, la fórmula médica expedida por la Entidad Prestadora de Servicios de Salud, EPS, a la que pertenece y factura de compra, con no más de 10 días hábiles después de la compra. |

|  |
| --- |
| **AUXILIO PARA MATRIMONIO** |
| **(Información del recién nacido)** |
| Fecha del matrimonio (AA-MM-DD) |  |
| **Nota:** Recuerde anexar al formato, el Registro civil de matrimonio con no más de 10 días hábiles después de ocurrido el hecho. |

|  |
| --- |
| **AUXILIO DE SOLIDARIDAD PARA EVENTOS ADVERSOS** |
| **(Información de la situación que amerita el beneficio)** |
| Dirección de la vivienda donde se presentó el hecho: |  |
| Situación presentada: |  |
| Grado de afectación: |  |
| **Nota:** Recuerde anexar al formato, fotografías en las que se evidencie claramente la situación presentada y la afectación que tuvo la vivienda del (la) empleado(a). |