



Fondo de Empleados de Sodimac Colombia
Nit. 830.044.132-4
PBX 390 4120
Cra 68D No. 80-70 Bogotá, D.C.

Última actualización 09/02/2023

SOLICITUD DE AUXILIOS Y SUBSIDIOS

Fecha y ciudad de diligenciamiento:

DD MM AAAA

Coordinador:

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres y apellidos completos:

Tipo de documento:

☐ Cédula de ciudadanía

☐ Cédula de extranjería

☐ Pasaporte

☐ Otro

Número :

Almacén:

Número de celular:

E- mail:

Realizo la solicitud del siguiente beneficio del fondo de solidaridad por concepto de:

SUBSIDIO DE SALUD

Este beneficio aplica únicamente para el asociado, **presentando factura de servicio tomado con fecha no mayor a 30 días**

☐ **SUBSIDIO DE MONTURA:** El beneficio otorgado será por valor máximo de \$ 133.000, aplica para asociados con antigüedad mayor a 6 meses continuos en Fonsodi y podrá ser entregado una vez cada 12 meses, anexas la prescripción de la EPS.

☐ **SUBSIDIO DE ODONTOLOGÍA:** El beneficio otorgado será por valor máximo de \$ 133.000, aplica para asociados con antigüedad mayor a 6 meses continuos en Fonsodi y se brinda el 70% del valor de la factura del monto establecido.

SUBSIDIO DE RETENEDORES

El beneficio otorgado será por valor máximo de \$363.000, aplica para asociados con antigüedad mayor a 12 meses continuos en Fonsodi y será entregado por única vez.

BENEFICIO DE NACIMIENTO

Este beneficio aplica para asociados con antigüedad mayor a 12 meses continuos en Fonsodi, cuyos hijos nazcan dentro de los dos meses anteriores a esta solicitud, **presentando copia del registro civil de nacimiento**. El beneficio entregado será un Kit para bebé que incluye: Bacinilla, juego de corta uñas, llama dientes, kit de aseo, vajilla infantil y manta Fonsodi. Este podrá ser otorgado una vez cada 12 meses.

AUXILIO POR MEDICAMENTOS

URGENCIAS, CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN

Este auxilio aplica para asociados con antigüedad mayor a 6 meses continuos en Fonsodi, **presentando epicrisis o historia clínica, factura con fecha no mayor a 30 días de los medicamentos ambulatorios prescritos por el médico tratante, siempre y cuando no los suministre la EPS, y autorización de consulta de la historia clínica**. El beneficio otorgado será por reembolso, hasta por valor máximo de \$121.000. Este podrá ser solicitado una vez cada 12 meses. (No aplica para fórmulas médicas expedidas por medicina prepagada, pólizas o médico particular).

AUXILIO PARA COPAGOS

POR CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN

Este auxilio aplica para padres, conyugue o hijos (hasta los 25 años) del asociado, cuya antigüedad sea mayor a 6 meses continuos en Fonsodi, como consecuencia de un servicio o procedimiento determinado como una hospitalización, una cirugía, un tratamiento intrahospitalario y/o ayuda diagnóstica de alta complejidad del familiar; **presentando epicrisis o historia clínica, factura con fecha no mayor a 30 días del copago, documento de acreditación de parentesco y autorización del paciente para la consulta de la historia clínica**. El beneficio otorgado será por reembolso, hasta por valor máximo de \$ 302.000 Este podrá ser solicitado una vez cada 12 meses. (No aplica para pago de cuota moderadora, servicios tomados por medicina prepagada o médico particular o asistencia domiciliaria).

AUXILIO POR COMPRA DE VIVIENDA

Este beneficio aplica para asociados con antigüedad mayor a 12 meses continuos en Fonsodi que adquieran su vivienda dentro de los dos meses anteriores a esta solicitud por giro o en bono de consumo Sodimac para casos especiales donde el asociado tenga 3 meses de haber adquirido la vivienda. Este beneficio se otorgará por única vez **presentando factura de notaría y promesa de compraventa, o certificado de tradición y libertad**.

El beneficio entregado será por valor de \$ 387.000 consignados a la cuenta del Asociado.

AUXILIO FUNERARIO

Este beneficio aplica para asociados que no cuenten con plan de póliza exequial, cuya antigüedad sea mayor a 6 meses continuos en Fonsodi; y se hará extensivo para padres, hermanos, conyugue o hijos del asociado (sin ningún tipo de plan exequial) **presentando factura de servicio tomado con fecha no mayor a 30 días y documento de acreditación de parentesco**. El beneficio entregado será por valor no mayor a \$550.000. Este podrá ser otorgado una vez cada 12 meses.

AUXILIO DE CALAMIDAD

Este beneficio aplica para asociados con antigüedad mayor a 6 meses continuos en Fonsodi, considerando calamidad aquellos hechos fortuitos o de fuerza mayor que origine necesidad económica al asociado, cuyos criterios se relacionan en el Artículo 64 del Código civil; **presentando soportes de los gastos incurridos correspondientes a la solicitud y/o evidencia de la calamidad presentada**. El beneficio entregado será hasta por un SMMLV (Salario Mínimo Mensual Legal Vigente), según sea el caso. Este podrá ser otorgado una vez cada 12 meses.

RELATE DE MANERA CLARA Y CONCISA LA CALAMIDAD PRESENTADA

RELACIONE A CONTINUACIÓN LOS GASTOS EN QUE INCURRIÓ

DESCRIPCIÓN	VALOR	DESCRIPCIÓN	VALOR

TOTAL GASTOS EN QUE INCURRIO \$ _____

- ☐ Desastre natural
- ☐ Salud
- ☐ Accidente
- ☐ Otro

CONDICIONES GENERALES

La solicitud del auxilio y/o beneficio aplica para asociados que cumplan con la antigüedad mínima requerida en cada caso, presentando la factura de compra a su nombre y con fecha de expedición no mayor a 30 días; en caso de que el valor sea inferior a lo establecido, se concederá como máximo el valor de la factura enviada como soporte.

Para el trámite del beneficio por gastos de escrituración para vivienda nueva; el cual se otorgará por única vez, ya sea por firma de escrituras o por adecuaciones de vivienda (no será válido por las dos modalidades), el asociado se comprometerá a permanecer con Fonsodi voluntariamente mínimo 6 meses más después de haber recibido el auxilio, en dado caso que deba retirarse de manera voluntaria, sin haber cumplido el tiempo estipulado, se procederá a realizar el cargue del valor entregado en su totalidad en su estado de cuenta (no aplica para retiro por empresa); por lo cual, es necesario anexar pagaré, carta de instrucciones y libranza en blanco.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos (LEPD) , del Decreto 1377 de 2.013 y demás normas que la modifiquen, adicionen y/o complementen, el presente Aviso de Privacidad tiene como objeto obtener la autorización expresa e informada del Titular para el tratamiento y la transferencia de sus datos a terceras entidades, por lo tanto:

*En mi calidad de Titular de mis datos personales , autorizo para que los datos facilitados voluntariamente mediante este y cualquier otro formulario, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es el FONDO DE EMPLEADOS SODIMAC COLOMBIA - FONSDODI, cuya finalidad es realizar actividades otorgadas por la ley para cumplir su objeto social y ofrecer productos, servicios y/o beneficios que buscan satisfacer las necesidades de los Asociados, cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo de esta relación. Así mismo, he sido informado que la base de datos en la que se encuentran mis datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento desarrollada por FONSDODI, a la cual se puede tener acceso por medio de Correo electrónico y en la página Web www.fonsodi.com. También he sido informado que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación (si fuere el caso) o reclamo por infracción sobre los datos suministrados, por medio de escrito dirigido a FONSDODI, a la dirección de correo electrónico comunicaciones@fonsodi.com, o mediante correo ordinario remitido a la Cra. 68D No. 80-70 Bogotá DC.

*Me comprometo a consultar en la página www.fonsodi.com el Estatuto, y toda la normatividad vigente e informar oportunamente cualquier modificación en mis datos personales, dirección, teléfono, correo electrónico o cambios salariales debidamente soportados.

*Me comprometo durante la vigencia del vínculo con FONSDODI a actualizar la información suministrada en la presente solicitud o la que reporta al fondo por lo menos una vez al año, no obstante, la actual estará vigente hasta tanto no la notifique, entendiendo que en caso de incumplimiento FONSDODI estará en libertad de cancelar el presente vínculo de conformidad con el procedimiento que se ha establecido para el efecto.

ACEPTACIÓN

Dentro del trámite y reconocimiento del auxilio de medicamentos y/o copago tramitado y gestionado ante el Fondo de Empleados De Sodimac Colombia FONSDODI , por medio del presente documento autorizo de manera libre, expresa y voluntaria a la reseñada entidad de carácter solidario, para que acceda, examine y conozca el contenido de la Epicrisis y/o Historia Clínica del aquí firmante, lo anterior, teniendo en cuenta el carácter de confidencial y/o reservado de dicha documentación.

DECLARACIÓN

Manifiesto el conocimiento el estatuto vigente, los reglamentos y normas internas que rigen los productos del fondo de empleados, deberes y derechos objeto de la presente solicitud, y acepto que en caso de que los mismos con fecha posterior a la solicitud cambien, serán dados a conocer al Asociado por el mecanismo que FONSDODI considere más idóneo para tal efecto.

De igual manera conozco que cumplidos los requisitos contemplados en el presente Auxilio, FONSDODI depositará y/o entregará el beneficio asignado, dentro de los treinta(30) días calendario siguientes, conforme con la política de pagos y requisitos que se tengan para tal fin.

INFORMACIÓN DE CUENTA

Número de cuenta:

Banco:

Cuenta :

☐

Ahorro

☐

Corriente

** Si su solicitud es por auxilio de gastos de escrituración para vivienda nueva (para adecuaciones de vivienda), el beneficio será entregado por medio de un bono de consumo Homecenter.

Anexo documentos solicitados a este formato diligenciado por mí, en calidad de asociado(a).

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es verídica en todas sus partes y firmo el presente documento en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma del solicitante

Nombres y apellidos completos

Tipo y Número de documento

HUELLA

EXCLUSIVO FONSDODI

OBSERVACIÓN DEL ASESOR COMERCIAL:

Validación:

DD MM AAAA

Fecha de último subsidio/auxilio tramitado (mismo concepto).

☐

Cumple requisito para solicitud realizada en el presente formulario.

Aceptación:

Firma del asesor

V.B. Gerencia

Tramitado por