

Ciudad: _____ Fecha de Solicitud: (AAAA / MM / DD)

*Vigente apartir de 6 de mayo del 2025

DATOS BÁSICOS DEL SOLICITANTE

Tipo y Número de Documento: C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>	Nombres:	Apellidos:
Dirección de Domicilio:	Ciudad y Depto. de Domicilio:	Celular:
		Email:

Auxilio a Solicitar: Medicamentos Lentes Servicios de Salud Calamidad Incapacidad Funerario Educación Superior

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos:	Tipo y Número de Documento: C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> N° _____	Parentesco:
----------------------	---	-------------

Autorizo al Fondo de Empleados FODEOCCI para que el producto de este auxilio me sea entregado de la siguiente forma:

Abono a producto:	<input type="radio"/> Crédito <input type="radio"/> Aportes <input type="radio"/> Ahorro Voluntario	¿Abono a Cuenta de Nómina? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Servicio No. Producto: _____	Si su respuesta es NO, adjuntar certificación bancaria

Autorizaciones para el tratamiento de datos personales

Autorizo de manera libre, previa, voluntaria, explícita, informada e inequívoca a FODEOCCI o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, para recolectar, verificar, registrar, procesar, difundir, compilar, intercambiar, actualizar, consultar en bases de datos y disponer de mis datos personales y financieros en desarrollo de las funciones propias del Fondo de Empleados en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta servicios de ahorro, crédito y bienestar, así como para fines administrativos, comerciales, de mercadeo y de publicidad. FODEOCCI declara que protege los datos suministrados por sus asociados en virtud de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y me informa que me asisten los siguientes derechos: 1. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales. 2. Verificar la autorización otorgada. 3. Ser informado acerca del uso que se les ha dado a mis datos personales. 4. Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio las quejas que considere. 5. Revocar la autorización y solicitar la eliminación de algún dato cuando considere que no se le han respetado sus derechos. 6. Acceder en forma gratuita a los datos personales que voluntariamente, y a través de este formato, decidi compartir con FODEOCCI. Autorizo también el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Tengo claro que las políticas de privacidad y tratamiento de los datos personales están disponibles en <https://www.fodeocci.com.co/> y que cualquier inquietud, solicitud, petición, queja o reclamo puede ser tramitada a través del correo electrónico gerencia@fodeocci.com.co.

Declaración de conocimiento de estatutos y reglamentos

Las manifestaciones y señalamientos expresados en el presente formulario corresponden al ejercicio de los derechos y al acatamiento de las obligaciones estatutarias y reglamentarias existentes en el Fondo de Empleados; expresamente dejo constancia del conocimiento y aceptación de los términos y condiciones establecidos en el reglamento de ahorros del fondo de empleados.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE LOS AUXILIOS.

- El Asociado debe ser hábil, es decir, no estar sancionado ni tener asuntos vencidos con FODEOCCI.
- Al momento del estudio de la solicitud, tener por lo menos seis (4) meses de asociado.
- Presentar la solicitud acompañada de sus respectivas facturas o soportes.

_____ FIRMA DEL ASOCIADO

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FODEOCCI

DOCUMENTOS REQUERIDOS

<input type="radio"/> Fórmula Médica	<input type="radio"/> Documento de Incapacidad	<input type="radio"/> Historia Clínica	<input type="radio"/> Orden Médica	<input type="radio"/> Registro Civil de Nacimiento
<input type="radio"/> Registro Civil de Matrimonio	<input type="radio"/> Registro civil de Defunción	<input type="radio"/> Recibo de Pago	<input type="radio"/> Factura	<input type="radio"/> Certificado de Estudios

VERIFICACIÓN AUXILIO ANTERIOR

Tipo de Auxilio:	Valor:	Fecha: (AAAA / MM / DD)
------------------	--------	-------------------------

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FODEOCCI

Fecha de Vinculación a FODEOCCI (AAAA / MM / DD)	Valor de Facturas: \$ _____	<input type="radio"/> Aprobado	<input type="radio"/> Aplazado	<input type="radio"/> Negado
Monto Aprobado Auxilio: \$ _____	Organismo que Aprueba:	Elaborado por:	Acta N°	

OBSERVACIONES

_____ FIRMA

_____ FIRMA

_____ FIRMA