

Ciudad \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud

mm/dd/aaaa

Fecha de radicación

mm/dd/aaaa

**DATOS DEL ASOCIADO**

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento:  
C.C.  C.E.  No. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

No. de celular: \_\_\_\_\_

**PRESENTO LA SIGUIENTE SOLICITUD DE AUXILIO POR:**

MEDICAMENTOS

INCAPACIDAD

SERVICIOS DE SALUD

HOSPITALIZACIÓN

LENTES

ODONTOLOGÍA

FUNERARIO

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y número  
de documento: R.C.  T.I.   
C.C.  C.E.  No. \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Recuerde que el auxilio del Fondo Mutual de Bienestar Social (FOMUBIS) se consignará a su cuenta de ahorros de MULTIROBLE

**REQUISITOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE LOS AUXILIOS:**

- A. Tener como mínimo seis (6) meses de antigüedad como asociado.
- B. Estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones pecuniarias con la Cooperativa.
- C. Cumplir con la entrega de documentos que sean requeridos para comprobación del hecho.  
Con un tiempo no mayor a 30 días después de ocurrido del evento o 90 para el caso de fallecimiento.
- D. Solicitar los auxilios únicamente para los integrantes del grupo familiar, inscritos en los registros de la base de datos de MULTIROBLE.
- E. Entregar toda la documentación requerida (en ningún caso se entenderá como recibido o aprobada una solicitud de auxilio cuando no se haya entregado toda la información o requisitos solicitados).
- F. Haber actualizado sus datos en el último año.
- G. Aplica TyC del reglamento FOMUBIS

Firma del asociado \_\_\_\_\_

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA MULTIROBLE**

**DOCUMENTOS REQUERIDOS**

Recibo de pago

Fórmula médica

Documento de la  
incapacidad

Epicrisis

Exámenes médicos

Certificado de defunción

Registro Civil

Registro civil de matrimonio o declaración juramentada

**DATOS PARA DESEMBOLSO DEL AUXILIO**

Si el asociado registra en el sistema con cuenta de ahorros activa en la Cooperativa, el auxilio automáticamente será desembolsado a la misma.  
En caso de no contar con cuenta en MULTIROBLE, indicar los datos para la transferencia (el asociado asumirá el costo de la misma):

Entidad Bancaria: \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta: Ahorros  Corriente  No. de Cuenta: \_\_\_\_\_

**VERIFICACIÓN AUXILIO ANTERIOR**

Tipo de auxilio: \_\_\_\_\_

Valor del auxilio  
\$ \_\_\_\_\_

Fecha:

mm/dd/aaaa

Fecha de vinculación  
a MULTIROBLE

mm/dd/aaaa

Valor de  
facturas: \$ \_\_\_\_\_

Valor aprobado  
auxilio: \$ \_\_\_\_\_

Acta No. \_\_\_\_\_

Aprobado

Aplazado

Negado

Revisado por: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS PARA SOLICITAR AUXILIOS DEL FONDO MUTUAL DE BIENESTAR SOCIAL**

**A. MEDICAMENTOS.**

Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; auxilio hasta por \$300.000 (cupo para agotar en el año), válido una vez por año para medicamentos no cubiertos por el POS.  
REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de venta y fórmula médica. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

**B. INCAPACIDAD.**

Exclusivo para el asociado, válido una vez por año, incapacidad mayor a 16 días, no aplica por ARL. Valor del auxilio \$300.000. REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar copia de la incapacidad por enfermedad general y copia de la historia clínica. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

**C. SERVICIOS DE SALUD.**

Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; cubre gastos de ayuda diagnóstica y/o compra o alquiler de implementos médicos, válido una vez por año: Rango de valores de \$50.000 a \$200.000 = 50% de auxilio, de \$200.001 a \$400.000 = 40% de auxilio, de \$400.001 a \$600.000 = 30% de auxilio, de \$600.000 en adelante = 30% de auxilio, sin exceder los \$500.000. REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de pago y exámenes médicos realizados. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

**D. HOSPITALIZACIÓN.**

Exclusivo para el asociado, válido una vez por año, se otorga a partir del quinto (5to) día de estar hospitalizado, máximo de días a reconocer cinco (5) días. Valor del auxilio \$40.000 por cada día.  
REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar factura de pago (en caso de que aplique) y soporte de la hospitalización o historia clínica. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

**E. LENTES.**

Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; auxilio hasta por valor de \$100.000 para lentes oftalmológicos, incluidos lentes de contacto formulados, válido por un cupo cada dos (2) años. REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de pago y orden de servicio médico. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

**F. ODONTOLOGÍA.**

Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; auxilio hasta por \$300.000 (cupo para agotar en el año) para tratamientos no cubiertos por la EPS, válido una vez por año.  
REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de pago y orden de servicio médico o diagnóstico del tratamiento. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

**G. FUNERARIO.**

Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; válido una vez por año, aplicable a cualquiera de los 2 eventos, el primero que ocurra, auxilio por \$300.000 o \$500.000 según el caso.  
REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar el certificado de defunción, registro civil, registro civil de matrimonio o declaración juramentada. Presentar todos los documentos hasta 90 días después del evento.