



FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO DEL FONDO MUTUAL
Razón Social de la Organización: EL ROBLE ENTIDAD COOPERATIVA
NIT.: 890.303.438 - 2 Sigla: MULTIROBLE
Oficina: CALI - PRINCIPAL

Código: MR002
Versión: 3.1
Fecha vigente: 12/26/2025
Hoja: 1/1

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 antiüedad 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 (cupa 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 (cupa 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.