



CIUDAD/ DEPARTAMENTO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO  
DIA MES AÑO**SOLICITUD AUXILIO FONDO DE BIENESTAR**FONDO DE EMPLEADOS DE SODEXO  
NIT.830.129.648-9. Vigilado Supersolidaria**INFORMACION PERSONAL**

PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES						
TIPO DE IDENTIFICACION		No. DE IDENTIFICACION			LUGAR EXPEDICION		NACIONALIDAD		FECHA DE EXPEDICION			
CC	CE	OTRO						DIA		MES	AÑO	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				GENERO		ESTADO CIVIL				NIVEL DE ESTUDIOS		
DEPARTAMENTO/ MUNICIPIO			DIA	MES	AÑO	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	U.LIBRE <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>
# PERSONAS A CARGO	# DE HIJOS	ESTRATO	VIVIENDA			DIRECCION RESIDENCIA						
			PRO	FAM	ARR							
DEPART./ MUNICIPIO/ CIUDAD /BARRIO					TELEFONO FIJO - RESIDENCIA			CELULAR PERSONAL				
E-MAIL PERSONAL						PROFESION U OFICIO						

**INFORMACION LABORAL**

OPERACIÓN DONDE LABORA				CARGO				FECHA INGRESO A LA COMPAÑIA			
								DIA		MES	AÑO
CELULAR CORPORATIVO			E-MAIL CORPORATIVO				TELEFONO FIJO				
NOMBRE JEFE INMEDIATO			SUELDO BASICO MENSUAL \$				TIPO DE CONTRATO				
							INDEFINDO	FIJO	OBRA O LABO	MEDIO T.	

**AUXILIO AL QUE SE POSTULA (marque con una X)**

ESCOLAR	EDUCACION	BACHILLER	EDC PARA EL TRABAJO	ESCRITURACION	CALAMIDAD	GASTOS MEDICOS	FALLECIMIENTO	OTRO
---------	-----------	-----------	---------------------	---------------	-----------	----------------	---------------	------

**DATOS DEL BENEFICIARIO (en caso de que no sea el asociado)**

NOMBRE COMPLETO				# IDENTIFICACION				PARENTESCO			
-----------------	--	--	--	------------------	--	--	--	------------	--	--	--

**BREVE DESCRIPCION DE LA SOLICITUD**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ANEXOS:**

Declaro que la información suministrada en este formulario es verídica y completa y es la base para atender la solicitud, igualmente autorizo a FONDEXO para verificar los datos aquí señalados. Declaro que conozco y acepto el reglamento de bienestar de FONDEXO. En caso de retiro voluntario AUTORIZO a Fondexo se descuenta el valor correspondiente a esta solicitud.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE FONDEXO  
ESTUDIO DE AUXILIO FONDO DE BIENESTAR**
**RADICADO**

FECHA DE ELABORACION			FECHA DE AFILIACION			FECHA CURSO ECONOMIA SOLIDARIA		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

*Certifico que he verificado la información suministrada por el asociado, la validez y viabilidad del otorgamiento del auxilio anexo, los soportes entregados corresponden y justifican la aprobación del beneficio a través del fondo de bienestar.*

FECHA ULTIMO AUXILIO			VR. ACUMULADO AÑO			PUNTAJE AUX. EDUCACION			TIPO NEGOCIO VDA		TIPO CALAM/GTS MED		
DIA	MES	AÑO	\$										
VALOR APROBADO			APLAZADO			RADICADO		FIRMA		GESTIONADO		FECHA	
\$													

**OBSERVACIONES:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--