



¡Más que un fondo... un amigo!

FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE

FORMATO DE SOLICITUD | AUXILIO DE SALUD VISUAL O DENTAL

Ciudad:

DATOS DEL SOLICITANTE (ASOCIADO)

Nombres y Apellidos (Completo)		Nº. Documento de Identidad	Celular Teléfono
Empresa	Obra o Sede Laboral	Correo Electrónico de Contacto:	

INFORMACIÓN PARA ACCEDER AL AUXILIO

Me permito solicitar el Auxilio de Salud: ☐ Visual ☐ Dental Este Auxilio es para: ☐ Asociado ☐ Hijo ☐ Hijastrero

Apellidos y Nombres Completos (Del Hijo o Hijastrero)

Nº. Documento de Identidad (Del Hijo o Hijastrero)

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

Auxilio Salud Visual: Apoyar tratamientos de salud visual (lentes, cirugías) de los asociados o sus hijos, debidamente soportados por entidades o profesionales de salud autorizados.
Auxilios Salud Dental: Apoyar tratamientos de salud dental (copagos, exámenes y cirugías) de los asociados o sus hijos, debidamente soportados por entidades o profesionales de salud autorizados.

Requisitos

- Formato de inscripción para la asignación del auxilio por Salud Visual debidamente diligenciado y radicado por la oficina virtual de Confe. ☐
- Factura electrónica con vigencia mayo 2025 – marzo 2026 emitida por la entidad respectiva por la compra de copagos o la prestación del servicio en caso de tratarse de exámenes o cirugías a nombre del asociado. ☐
- Las dos últimas colillas de pago. ☐

CONDICIONES PARTICULARES

- El beneficio se extiende para el asociado, su hijo(a) o hijastrero(a) el cual deberá adjuntar la copia del registro civil del menor y registro de matrimonio o extra - juicio de convivencia en unión libre con la madre del hijastrero(a).
- El auxilio se consignará a la cuenta de nómina del Asociado.
- Antigüedad de 1 año como Asociado.**
- No haber sido beneficiado de este AUXILIO del FONDO DE BIENESTAR SOCIAL por solicitud del Asociado en la vigencia anterior o en la actual.
- Se asignará por orden de radicación hasta agotar recursos.**

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaro conocer las condiciones y políticas para el auxilio de salud dental o visual.
- AUTORIZACIÓN EXPRESA:** De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, autorizo, como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE, siendo tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual y en base a la política de tratamiento, a la cual podré tener acceso Correo electrónico y página Web. De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE a la dirección de correo electrónico protecciondedatospersonales@fondoconfe.com, gerenciageneralconfe@concreto.com indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CALLE 140 # 10A - 48 OFICINA 508. Bogotá, Colombia.

Firmo en conformidad,

FIRMA DEL ASOCIADO

C.C.

FORMA: SASVD-034 Abr/25