



FEDEJOHNSON

SOLICITUD AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD

FT_GBS_021

Versión: 002

Fecha de Elaboración: Agosto de 2018

Pág 1 de 3

PROCESO: GESTIÓN DE BIENESTAR SOCIAL

Fecha _____ C.C. _____

Nombre y Apellidos _____

Cargo _____ Teléfono _____ Celular _____

Fecha de ingreso a FedeJohnson _____

Explique el motivo de su solicitud: (Nombre de la persona, parentesco, tipo de enfermedad cirujía, tratamiento):

Costo total: \$ _____

Costo a cargo del asociado \$ _____

Costo a cargo de otros miembros de la familia \$ _____

Costo a cargo de la compañía Salud o seguro \$ _____

Nota: favor adjuntar certificados médicos, documentos y recibos que soporten los gastos.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Número de personas a cargo: _____

Parentesco: _____

Cuantos hijos estudian _____



FEDEJOHNSON

SOLICITUD AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD

FT_GBS_021

Versión: 002

Fecha de Elaboración: Agosto de 2018

Pág 2 de 3

PROCESO: GESTIÓN DE BIENESTAR SOCIAL

Ingresos familiares (grupo familiar con el que vive): señale con una X

Egresos familiares (alimentación, vivienda, servicios, estudios, préstamos, otras): señale con una X.

Menor a 3 s.m.m.l.v.	
Más de 3.1 hasta 6 s.m.m.l.v.	
Más de 6.1 hasta 9 s.m.m.l.v.	
Más de 9.1 hasta 12 s.m.m.l.v.	
Más de 12.1 hasta 15 s.m.m.l.v.	
Superior a 15 s.m.m.l.v.	


Menor a 3 s.m.m.l.v.	
Más de 3.1 hasta 6 s.m.m.l.v.	
Más de 6.1 hasta 9 s.m.m.l.v.	
Más de 9.1 hasta 12 s.m.m.l.v.	
Más de 12.1 hasta 15 s.m.m.l.v.	
Superior a 15 s.m.m.l.v.	

*S.m.m.l.v. = Salario mínimo mensual legal vigente

*S.m.m.l.v. = Salario mínimo mensual legal vigente

¿Quiénes aportan ingresos a la familia además de usted?

Indique únicamente el parentesco: _____

 FEDEJOHNSON	SOLICITUD AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD	FT_GBS_021
		Versión: 002
		Fecha de Elaboración: Agosto de 2018
		Pág 3 de 3
PROCESO: GESTIÓN DE BIENESTAR SOCIAL		

AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES ASOCIADO

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, autorizo previa, informada, consentida y expresa como Titular de mis datos, públicos, privados, sensible y, especialmente mi historial clínico, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA, para que sean tratados con la finalidad de acceder al **Auxilio de Solidaridad**.

De igual modo, como Titular, quedo informado de que, por tratarse de datos de carácter sensible, no estoy obligado a autorizar dicho tratamiento; y además, puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a **FONDO DE EMPLEADOS FEDEJOHNSON** a la dirección de correo electrónico serviciosfedejohnson@its.jnj.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CALLE 15 # 31 – 146.

AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES BENEFICIARIO

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, Como beneficiario del Asociado:

_____ autorizo previa, informada, consentida y expresa como Titular de mis datos, públicos, privados, sensible y, especialmente mi historial clínico, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de **FONDO DE EMPLEADOS JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA**, para que sean tratados con la finalidad de poder acceder al **Auxilio de Solidaridad** que el FONDO tiene para los beneficiarios de sus asociados.

De igual modo, como Titular, quedo informado de que, por tratarse de datos de carácter sensible, no estoy obligado a autorizar dicho tratamiento; y además, puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a **FONDO DE EMPLEADOS FEDEJOHNSON** a la dirección de correo electrónico serviciosfedejohnson@its.jnj.com, iindicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CALLE 15 # 31 – 146.

DATOS DEL ASOCIADO

Nombre: _____

Cédula _____

Firma _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre: _____

Cédula _____

Firma _____

ESPACIO RESERVADO PARA EL FONDO

Concepto del Comité de Solidaridad: _____ Acta de Comité de

Solidaridad No. _____ de _____