

Ciudad

 Fecha

INFORMACIÓN GENERAL		
Nombres completos		Segundo apellido
Primer apellido		
Tipo de documento	Identificación	Dirección
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ Otro:		
Correo corporativo		Correo personal

BENEFICIARIOS		
Nombres completos	Identificación	Parentesco

DATOS AUXILIO					
Clase de Auxilio	Concepto Solicitud			Valor Solicitado	Valor Aprobado
Salud	Citas médicas y Medicamentos ☐	Odontología ☐	Ortopedicos ☐		
Óptico	Material óptico ☐	Citas ópticas y medicamentos ☐	Cirugías y tratamientos ☐		
Educativo	Preescolar, Primaria y Bachillerato ☐	Técnico, Tecnológico, universitario ☐	Otros ☐		
Nacimiento	Nombres		Fecha de nacimiento		

Abonar Auxilio a la obligación:

AUTORIZACIÓN LEY HABEAS DATA Y CONDICIONES GENERALES		
El Fondo de Empleados LEVAPAN, como entidad que almacena y recolecta datos personales requiere obtener su autorización para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada, permita a la entidad recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos, o en repositorio electrónico de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias del Fondo de Empleados LEVAPAN, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios a los asociados, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto frecuente a los titulares de los mismos. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012 y el Decreto 1377 de junio 27 de 2013, "por la cual se editan las disposiciones generales para la protección de datos personales", por medio de la presente AUTORIZO al Fondo de Empleados LEVAPAN, para que haga uso de mis datos personales y de mi grupo familiar, existentes en sus bases de datos. Con la firma del presente documento certifico que conozco las condiciones de los auxilios que tiene el fondo, certifico que la información presentada y los soportes anexos son verídicos y doy mi consentimiento para que la información sea verificada en las instancias que el FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN considere pertinentes. En el caso que se presente alguna inconsistencia con la información presentada o con los soportes anexos conozco las consecuencias y sanciones frente a los estatutos del FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN.		
FIRMA NOMBRE COMPLETO DOCUMENTO		