

RADICACION AUXILIOS PARA EL ASOCIADO

El Asociado podrá realizar la radicación de las solicitudes de auxilios en la oficina virtual, el cual está parametrizado al reglamento y condiciones del reglamento de solidaridad de feavanza.

1. Para radicar la solicitud de auxilio el asociado deberá ingresar a la página www.feavanza.com y escoger la opción asociados.



2. Ingresar el número de su cédula de ciudadanía y la clave.

- En caso de no tener clave, deberá oprimir la opción “**recuperar clave**”, y al correo le llegará una nueva contraseña, la cual podrá usar y cambiar posteriormente. En caso de no recibir contraseña comuníquese con un funcionario del Fondo.



3. Una vez haya ingresado a la oficina virtual seleccione la opción auxilios

INFORMACIÓN DEL CLIENTE Fecha de corte: Abril/25/2016



Nombre del cliente Identificación Sueldo Básico
Medio de pago 1- FONDO EMPLEADOS AVANZA Capacidad de Pago \$0.00 Última afiliación

OPCIONES PARA EL CLIENTE [Cambiar mi clave](#)

Mis productos y servicios	Obtener productos y servicios	Certificaciones y descargas	Actualización de datos	Estado de cuenta	Auxilios	Novedad de retiro	Salida segura
Expandir o Contraer							
7 AUXILIOS - FONDO DE SOLIDARIDAD							

- Despliegue en expandir o contraer la lista de auxilios de solidaridad vigentes y proceda dando clic en el signo check ✓ en el auxilio requerido.

OPCIONES PARA EL CLIENTE Cambiar clave

Mis productos y servicios Obtener productos y servicios Certificaciones y descargas Actualización de datos Estado de cuenta **Auxilios** Novedad de retiro Salida segura

Expandir o Contraer 7 AUXILIOS - FONDO DE SOLIDARIDAD

Auxilio	Requisitos	Radicacion
MEDICAMENTOS NO PERMANENTES	BENEFICIARIOS GRUPO FAMILIAR PRIMARIO: 1) FORMULA, ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 4) MONTO OTORGADO 40% DEL TOTAL DE LA FACTURA, VALOR BASE 10% DE 1 SMLV	✓
MEDICAMENTOS PERMANENTES	BENEFICIARIOS GRUPO FAMILIAR PRIMARIO: 1) ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 4) MONTO OTORGADO 40% DEL TOTAL DE LA FACTURA, VALOR BASE 5% DE 1 SMLV	✓
HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	1) FORMULA, ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 4) MONTO OTORGADO 40% DEL TOTAL DE LA FACTURA.	✓
EXÁMENES DE LABORATORIO Y ESPECIALIZADOS	1) FORMULA, ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 4) MONTO OTORGADO 40% DEL TOTAL DE LA FACTURA, VALOR BASE 15% DE 1 SMLV	✓
TERAPIAS FÍSICAS O RESPIRATORIAS	1) FORMULA, ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS MONTO OTORGADO 40% DEL TOTAL DE LA FACTURA.	✓
VITAMINAS Y SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS	3) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 4) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 5, FORMULA, ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA 6) MONTO OTORGADO 40% DEL TOTAL DELA FACTURA.	✓
ORTOPÉDICOS	BENEFICIARIOS MENORES DE 14 AÑOS GRUPO FAMILIAR: 1) FORMULA, ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA 2) MONTO OTORGADO 30% DEL TOTAL DE LA FACTURA, 2 VECES AL AÑO.	✓
PRÓTESIS/ APARATOS ORTOPÉDICOS	1) FORMULA, ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 4) MONTO OTORGADO	✓
SILLA DE RUEDAS / MULETAS	3) FORMULA, ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 4) MONTO OTORGADO 50% DEL TOTAL DE LA FACTURA.	✓
ATENCION EN CASA	3) ORDEN DE ATENCIÓN EN CASA 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 4) MONTO OTORGADO 40% DEL TOTAL DE LA FACTURA.	✓
DAÑO EN VIVIENDA O ENSÉRES	1. CERTIFICACIÓN ENTIDAD COMPETENTE 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 4) CERTIFICACION COMPETENTE 5) MONTO OTORGADO 1 SMLV DAÑO PARCIAL -2 SMLV DAÑO TOTAL	✓
LENTE Y MONTURAS	1) FORMULA, ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 4) MONTO OTORGADO 15% DE 1 SMLV 7) 1 VES POR AÑO POR BENEFICIARIO.	✓
FALLECIMIENTO	BENEFICIARIOS GRUPO FAMILIAR PRIMARIO Y BEBES GESTANTES: 1) CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 2) FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO 3) FORMATO DE RADICACIÓN MÓDULO DE AUXILIOS 4) SE OTORGA 1 SMLV	✓

Clic botón check para radicar auxilio a solicitar

- Seleccione dando clic en el beneficiario por el cual solicitará el auxilio. (Los beneficiarios corresponde al grupo familiar primario registrado en fe avanza). Una vez escogido el beneficiario, de clic en siguiente.

Identificación	Nombre Tercero	Parentesco	Seleccionar
66712447	NATALIA MARIN	ASOCIADO	<input type="radio"/>
16637116	DIEGO MARIN BONILLA	CONYUGE	<input type="radio"/>
1144025639	ANDRES FELIPE GIRON	HUO	<input type="radio"/>
1150371086	MARIA PAULA MARIN	HUO	<input type="radio"/>
29068554	MARLENE VALENCIA DAZA	MADRE	<input type="radio"/>

Siguiente

6. Digite el valor que aparece en la factura (sin puntos ni comas), de clic en la opción siguiente o anterior según sea el caso.



7. Valide los requisitos del auxilio de acuerdo al listado del pantallazo. También podrá adjuntar un documento electrónico a los requisitos que lo requieran, dando clic en el “check” ✓. De clic en la opción siguiente o anterior según sea el caso.



Requisito	Evaluación
Formula, Orden o Prescripcioin medica	El documento no ha sido cargado ✓
Factura original y/o copia Regimen Comun (que cumpla requisitos de ley), cuenta cobro Regimen Simplificado (que contenga Nit o cedula, direccion y telefono)	El documento no ha sido cargado ✓
Antigüedad como Asociado Mayor a 6 Meses	CUMPLE ✓

8. Aceptar todas las condiciones como requisito para continuar con la radicación del auxilio (obligatorio). De clic en la opción siguiente o anterior según sea el caso.



9. En la siguiente ventana se visualizará el valor del auxilio aprobado, según el reglamento de solidaridad establecido por el tipo de auxilio. (el valor está sujeto a verificación por parte de fe avanza). De clic en la opción siguiente o anterior según sea el caso.



10. En la siguiente ventana podrá registrar información adicional que requiera informar, como el informe médico entre otros. Diligenciar este campo es obligatorio. De clic en la opción siguiente o anterior según sea el caso.



Observación o comentario obligatorio que corresponde a la solicitud.

11. En la siguiente ventana podrá ver un resumen de la solicitud que está radicando. De clic en finalizar para que termine el proceso y emita el ticket de radicación o de clic en la opción anterior si requiere devolverse.

OPCIONES PARA EL CLIENTE Cambiar mi clave

Mis productos y servicios	Obtener productos y servicios	Certificaciones y descargas	Actualización de datos	Estado de cuenta	Auxilios	Novedad de retiro	Salida segura
	Beneficiarios	Valor Factura	Requisitos	Aceptaciones	Valor Auxilio Aprobado	Información Adicional	Verificación

← →

- Valor Factura

Valor Factura	150000
---------------	--------
- Aceptaciones

Acepto que toda la información diligenciada concide con los soportes físicos que soportan esta solicitud. Cualquier variación entre la información digitada y la entregada físicamente será causal de anulación de la solicitud de Auxilio.	Si
Señor Asociado si no adjunto los soportes de factura en la solicitud de auxilios, por favor remitirlos en físicamente en la oficina del FEAVANZA	Si
Los beneficiarios del asociado, son grupo familiar primario que estén registrados	Si
Cada asociado tiene derecho a recibir máximo de 1 SMLV por año	Si
Las facturas no deben presentar un vencimiento mayor a 30 días	Si
Los auxilios se entregarán hasta que se agote el monto destinado para ellos	Si
- Valor Auxilio Aprobado

Valor Auxilio Aprobado	60000
------------------------	-------

Anterior
Finalizar

12. Cuándo finaliza el proceso el sistema emite dos códigos de radicación del auxilio, el asociado podrá imprimirlo como soporte:

- Tener en cuenta lo siguiente:
 1. Si adjunto formula y factura por la oficina virtual, solo debe enviar una copia de este ticket, ya sea impreso o una imagen del mismo vía correo físico o email.
 2. Si no adjunta la formula, ni la factura por la oficina virtual debe entregar los documentos físicos junto con una copia del ticket en las oficinas de Fe avanza.

13. Dar clic en Finalizar para cerrar el proceso.



- Solicitud Enviada Correctamente Con El Código: 1225

Nombre del Parámetro	Valor
Fecha de solicitud	04/15/2016
Parentesco	M
Código interno del Beneficiario	5717
Código del Cliente o Identificación	
Nombre del cliente	
Código Interno del cliente (K_IDTERC)	3443
Código del auxilio	S12
El código del producto	7
Producto	7
Monto del auxilio solicitado	80,000.00
Monto del auxilio aprobado	80,000.00
DIAGNOSTICO MEDICO	LENTES PARA MIOPIA
Funcionalidad que va a iniciar el proceso de solicitud	54
Código de la sucursal para la solicitud de auxilio	1
Tipo de documento referencia para la solicitud de auxilio	SX
Identificador para la solicitud de auxilio	181000311
Fecha de evaluación de las condiciones del auxilio	04/15/2016
Código de respuesta de la validación de los datos	MANUAL

-  **Registros Información Familiar (1)**
-  **Registros de la Información de los Requisitos Generales (22)**
-  **Registros de archivos adjuntos (2)**
-  **Registros de la aceptación del usuario para obtener un producto (12)**
-  **Forma de pago (1)**



