

**FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA  
FORMATO DE SOLICITUD DE APOYO EXEQUIAL**

**De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Bienestar social en su artículo 46, del Fondo de Empleados de FONALIANZA, determina qué:**

El Apoyo exequial, será utilizado para atender únicamente situaciones en donde el asociado manifieste no tener la capacidad económica para realizar la adquisición de un osario/cenizario para el depósito y descanso final de sus beneficiarios. No aplica para cubrir gastos exequiales como sepelios, transporte, inhumación, entre otros derivados de los servicios exequiales.

El asociado deberá presentar el certificado de defunción, cotización del osario/cenizario o la factura de compra a su nombre con una vigencia no superior a 30 días. En ningún caso se tramitará el apoyo para la adquisición de otros servicios o según criterio del comité de bienestar.

Cada Asociado tiene derecho a recibir este apoyo exequial por un valor máximo del 40% SMMLV por año.

El asociado podrá acceder a este apoyo por el fallecimiento de los siguiente beneficiarios de su grupo familiar:

<b>Asociados solteros</b>	Padre y madre			
<b>Asociados solteros con hijos</b>	Hijos			
<b>Asociados con conyuge e hijos</b>	Conyuge o Hijos			
<b>Fecha de la solicitud:</b>	DÍA/MES/AÑO			
<b>DATOS DEL ASOCIADO</b>	<b>Nombre y apellidos</b>			
	<b>Cédula</b>			
	<b>Teléfono</b>			
	<b>Correo electrónico</b>			
	<b>Empresa</b>			
	<b>No de cuenta</b>			
	<b>Seleccione el tipo de cuenta</b>	<b>Ahorros</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Corriente</b>
	<b>Entidad bancaria</b>			
	<b>Ciudad</b>			

**En el caso de solicitar el auxilio para una persona de su grupo familiar según tabla anterior, deberá diligenciar la siguiente información:**

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b>	<b>Nombre y apellidos:</b>		
	<b>Documento de Identidad:</b>		
	<b>Parentesco:</b>		
<b>Por favor marque los documentos que anexa, como soporte de la solicitud:</b>			
<b>Cotización o Factura de compra:</b>	<b>Certificado de Defunción:</b>	<b>Otro:</b>	<b>Cual?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

La solicitud debe ser enviada a Fonalianza a través de CAVA, en la categoría Fonalianza, solicitudes Fondo de solidaridad y salud. En el caso de no tener acceso a este aplicativo puede remitir su solicitud al correo: [angie.gonzalez@fonalianza.co](mailto:angie.gonzalez@fonalianza.co) o contactarnos al PBX (6) 3131110 – 3009124099 opción 2 o escríbenos al WhatsApp 3173714024, área de bienestar y convenios.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASOCIADO**

\_\_\_\_\_  
**CEDULA**

**CONDICIONES GENERALES Y AUTORIZACIONES**

1. La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para FONALIANZA.
2. El comité de control social verificará y cualquier falsedad detectada en la documentación adjunta, cancelará automáticamente el trámite de la presente solicitud y constituye falta grave de acuerdo al Estatuto de FONALIANZA.
3. La solicitud del apoyo exequial debe solicitarse dentro de los 30 días siguientes a la adquisición de osario/cenizario.
4. La solicitud debe ir acompañada de la respectiva documentación, según el caso, y será aprobada o rechazada por el Comité de Bienestar.
5. La antigüedad del asociado solicitante debe ser superior a 6 meses al momento de la solicitud.
6. Ninguna solicitud será considerada si el asociado no tiene la antigüedad establecida en el numeral anterior.
7. El Comité de bienestar tiene hasta 3 días hábiles para dar respuesta a la presente solicitud.

<b>Estudio y Aprobación (Para uso exclusivo de FONALIANZA)</b>			
<b>Aprobado:</b>	<b>Negado:</b>	<b>Aplazado:</b>	<b>Acta N°:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	