



FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA
FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD Y CALAMIDAD
F-FLZ007
Ver. 03

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Solidaridad en el estatuto vigente en su artículo 127, del Fondo de Empleados de FONALIANZA, determina qué:

El Auxilio de Solidaridad y Calamidad será utilizado para atender únicamente situaciones calamitosas de los Asociados. Se entiende por situación calamitosa todo suceso grave o imprevisto que afecte el grupo familiar dependiente del Asociado, como accidentes, enfermedades catastróficas, cirugías de alto riesgo de usted como asociado o sus beneficiarios, gastos médicos o pos operatorios, compra de medicamentos no cubiertos por el P.O.S, gastos hospitalarios (Copago), insumos médicos, ayudas diagnósticas, incendios, inundaciones, terremoto o destrucción violenta ocurrida a su vivienda y que afecte su patrimonio o la salud de su familia.

La solicitud debe ser sustentada debidamente por el asociado y deberá presentar los respectivos soportes o facturas a su nombre o del beneficiario. En ningún caso se tramitarán auxilios por gastos derivados de cirugías o procedimientos estéticos, hurto, honorarios, entre otros según criterio del comité de solidaridad.

Cada Asociado tiene derecho a recibir en Auxilios un máximo de 2 SMMLV por año.

Para consultar el reglamento puede ingresar a www.fonalianza.co/nuestrofondo/reglamentocomitedebienestarsocial

Fecha de la solicitud:		
DATOS DEL ASOCIADO	Nombre y apellidos	
	Cédula	
	Teléfono	
	Correo electrónico	
	Empresa	
	No de cuenta	
	Seleccione el tipo de cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
	Entidad bancaria	
	Ciudad	

En el caso de solicitar el auxilio para una persona familiar (De acuerdo a grado de consanguinidad), deberá diligenciar la siguiente información:

DATOS DEL BENEFICIARIO	Nombre y apellidos:	
	Documento de Identidad:	
	Parentesco:	

Por favor relacione los datos de su jefe inmediato:

DATOS JEFE INMEDIATO	Nombre y apellidos:	
	Correo electrónico:	
	Teléfono:	

Marque con una X la opción de acuerdo a su solicitud:

Situaciones calamitosas	<input type="checkbox"/>	Servicios de salud y/o enfermedades graves	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--	--------------------------

ELABORADO POR: PAG/FLZ	APROBADO POR: MAD/FLZ	FECHA: 01/12/2021
----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------



FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA
FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD Y CALAMIDAD
F-FLZ007
Ver. 03

Describe en el siguiente espacio, la situación por la cual realiza su solicitud al comité de solidaridad (En caso de requerir ampliar la información, puede adicionar una hoja)

Por favor marque los documentos que anexa, como soporte de la solicitud:							
Facturas:	Historia Clínica Epicrisis:	<input type="checkbox"/>	Copago:	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	Cual?

Diligencie el valor de sus gastos y el valor del auxilio solicitado:	
Valor Total de Gastos :	Valor del Auxilio Solicitado:
\$	\$

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: hellen.isao@fonalianza.co o contactarnos al PBX (6) 3131110 – 3009124099 opción 2 o escríbenos al WhatsApp 3173714024, área de bienestar y convenios.

FIRMA DEL ASOCIADO _____ **C.C.** _____

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 auxilio debe hacerse dentro de los 30 días siguientes después de ocurrido el evento.
4. La solicitud debe ir acompañada de la respectiva documentación, según el caso, y será aprobada o rechazada por el Comité de Solidaridad.
5. La antigüedad del asociado solicitante debe ser superior a 90 días 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 solidaridad tiene hasta 3 días hábiles para dar respuesta a la presente solicitud.

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

ELABORADO POR: PAG/FLZ	APROBADO POR: MAD/FLZ	FECHA: 01/12/2021
----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------